
Posttraumatische Belastungsstörungen und deren Therapie

PD Dr. phil. Julia Müller
Spital Thurgau
Psychiatrische Klinik Münsterlingen



Überblick

- **Traumabasiswissen:**
 - Begriffsklärung
 - Traumafolgestörungen
- **Traumagedächtnis: Was passiert mit uns während eines Traumas?**
- **Einblick in KVT-Methoden und deren Wirksamkeit**
- **Diagnostik**
- **Therapiebeginn**
 - Rationale der Therapie
 - Therapeutische Beziehung
- **Psychoedukation: Den Symptomen einen Namen geben**
- **Exposition in sensu**
- **Verschiedene traumafokussierte Verfahren im Überblick**
- **Exposition in in vivo**
- **Kognitive Methoden zur Modifikation von Schuld, Scham, Ekel**

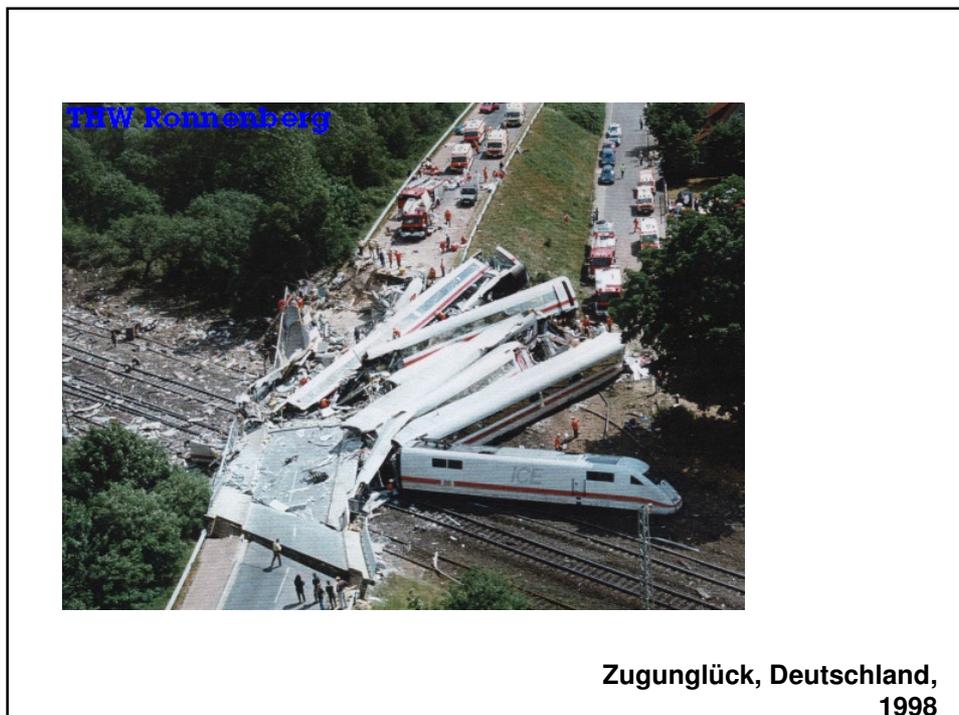
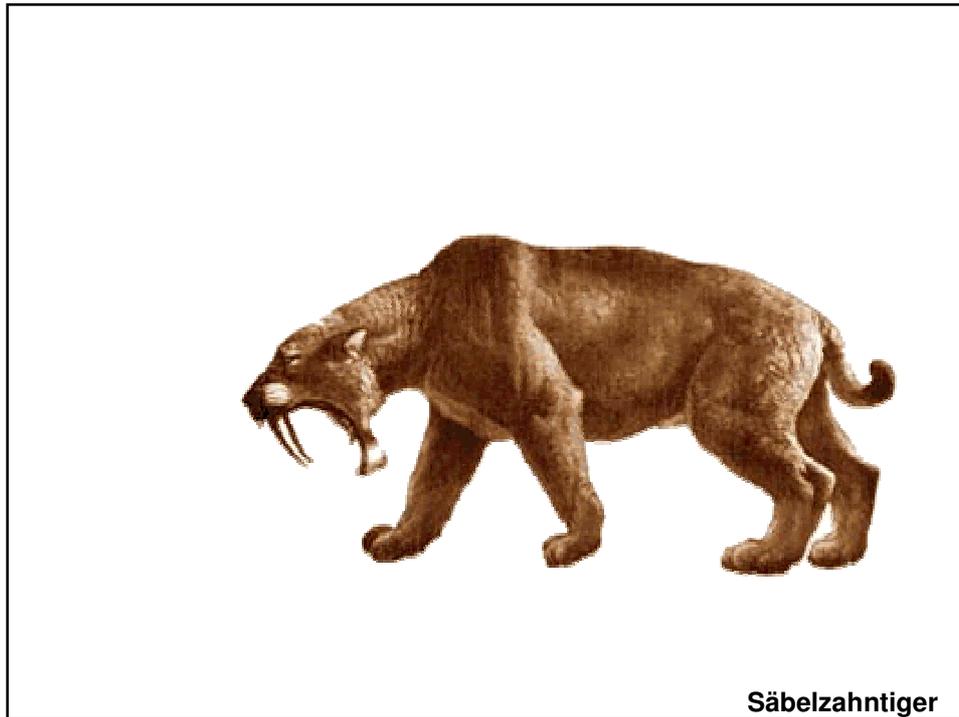
Traumabasiswissen:

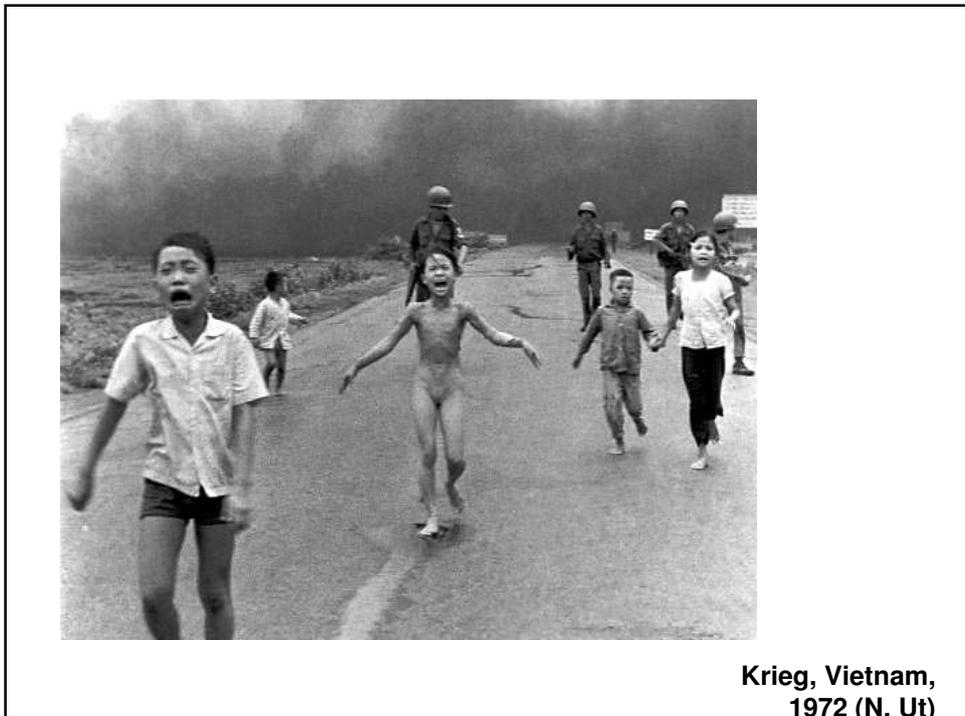
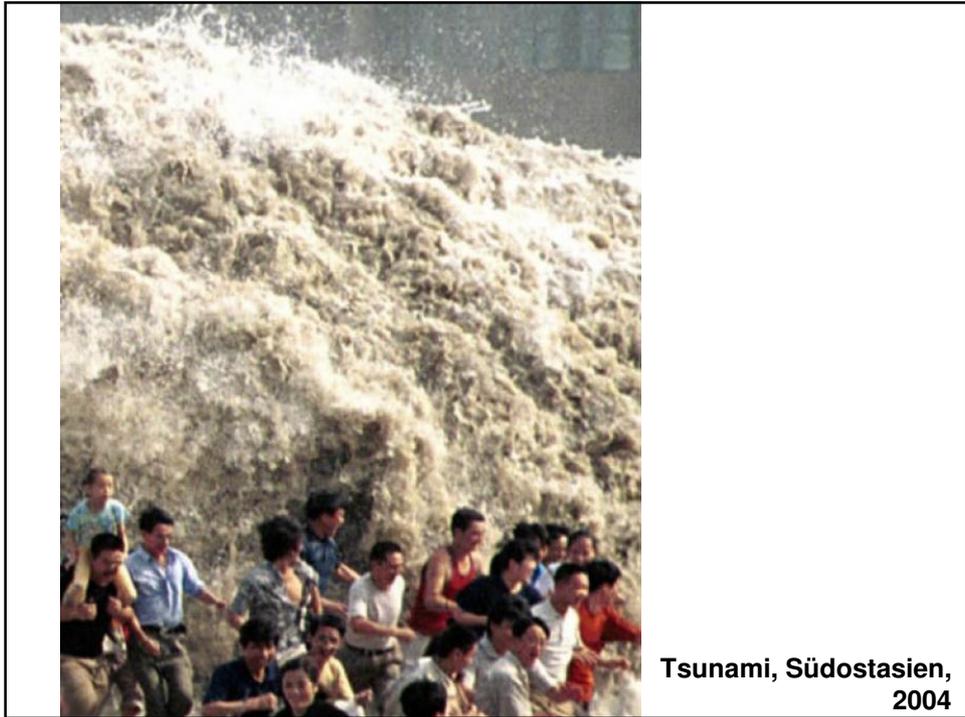
Begriffsklärung Trauma

Film

Hope for Recovery
(youtube / www.ptsdalliance.org)

**Deutsche PTSD-Aufklärungsfilme für
Betroffene, Versorger und die Öffentlichkeit**
(www.e-dietrich-stiftung.de)







**Terror-Anschlag, USA,
2001**



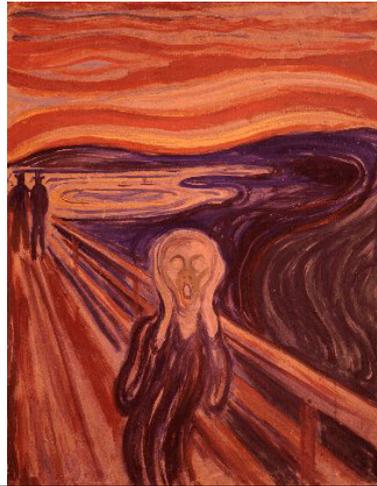
**Kriegsgefangene, Irak,
2003 (J.M. Bouju)**

Was ist ein Trauma?

ICD-10 (WHO, 1994)

Ereignis oder Situation ...

- **außergewöhnlicher Bedrohung** (kurz- oder langandauernd) oder
- **katastrophenartigen Ausmaßes**,
- das **bei fast jedem** eine
- **tiefe Verstörung** hervorrufen würde.



Was ist ein Trauma?

DSM-V, Kriterium A (APA, 2013)

Konfrontation mit Tod oder Lebensbedrohung, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine oder mehrere der folgenden Arten:

1. Direktes Erleben des Traumas/der Traumata
2. Persönliches Miterleben der Traumatisierung anderer
3. Erfahren der Traumatisierung eines nahen Familienmitglieds oder Freundes (Tod/Lebensbedrohung: gewaltsam/unfallmässig)
4. Erleben wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details des traumatischen Ereignisses oder der traumatischen Ereignisse
 - z.B. Rettungshelfer, die menschliche Überreste einsammeln müssen; Polizisten, die wiederholt den Details von Kindsmisbrauch ausgesetzt sind
 - Beachte: Dies betrifft nicht die Konfrontation über elektronische Medien, Fernsehen, Filme oder Bilder, es sei denn, die Konfrontation ist beruflich bedingt.

Traumabegriff

- Ein Psychotrauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten,
- das mit Gefühlen von Hilf- und Schutzlosigkeit einhergeht und so
- eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.

Fischer & Riedesser, 1999

- **Das Psychotrauma sprengt die Grenzen des Normalen. Es liegt ausserhalb des kognitiven und emotionalen Bezugsrahmens.**
- **Es erscheint als unfassbar, unverständlich, nicht handhabbar.**
- **Bisher für unerschütterlich gehaltene Grundannahmen sind plötzlich bedroht oder scheinen haltlos geworden zu sein.**

Horowitz, 1997

Die psychischen Folgen nach Traumatisierung sind ...

schwerer
und
langanhaltender
wenn das Trauma
von Menschen verursacht
wurde

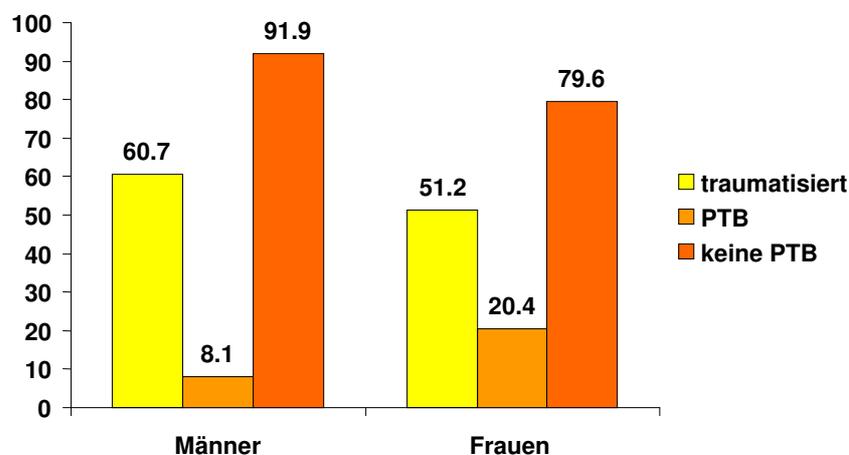
(z.B. Folter, sexueller Missbrauch, Kriegserlebnisse),

im Gegensatz zu Unfällen oder Naturkatastrophen

Typologie traumatischer Ereignisse

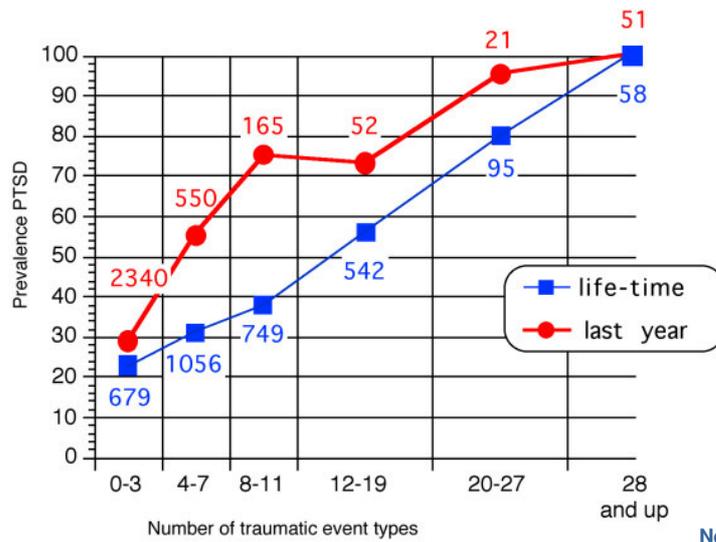
	Akkidentielle Traumata	man-made Traumata (zwischenmenschlich)
Typ I Traumata einmalig, akute Lebensgefahr, unerwartet	<ul style="list-style-type: none"> • Verkehrsunfälle • berufsbedingte Traumata (z.B. a Polizei, Feuerwehr) • Arbeitsunfälle • kurzdauernde Naturkatastrophen (z.B. Wirbelsturm, Blitzeinschlag) 	<ul style="list-style-type: none"> • kriminelle & körperliche Gewalt • Vergewaltigungen • zivile Gewalterlebnisse (z.B. Banküberfall)
Typ II Traumata wiederholt, langandauernd, unvorhersehbarer Verlauf	<ul style="list-style-type: none"> • langdauernde Naturkatastrophen (Flut, Erdbeben) • technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen) 	<ul style="list-style-type: none"> • sexuelle & körperliche Misshandlungen in der Kindheit • Geiselhaft • Kriegserlebnisse • Folter & politische Inhaftierung • Massenvernichtung (KZ-/Vernichtungslagerhaft)

Prävalenz von Trauma und PTB in der US-Bevölkerung



Kessler et al., 1995

Anzahl von Traumatisierungen und PTB-Prävalenzen



Traumabasiswissen:

Traumafolgestörungen

PTSD-Subtypen

I. Akute PTSD (Symptome > 1 Monat) (**≠ ABS: Symptome < 1 Monat!**)

II. Chronische PTSD (Symptome > 3 Monate)

III. Verzögerte PTSD

- Beginn der PTB-Symptome > 6 Monate nach Trauma
- Meist nach Trauma (wenige) Einzelsymptome vorhanden,
- Häufig nach lebensgeschichtlichen Wendeereignissen: Pensionierung, Tod eines Angehörigen etc.

IV. Komplexe PTSD / “Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen”

- nach man-made Typ II Trauma
- Forschungsdiagnose (DSM-IV)

Verschiedene Belastungsstörungen

ICD-10	DSM-V
F43.0 Akute Belastungsreaktion	308.3 Akute Belastungsstörung
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	309.81 Posttraumatische Belastungsstörung
F62.0 Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung, nicht anderweitig bezeichnet.	309.xx Anpassungsstörung
	309.89 Andere spezifizierte stress- und traumabezogene Störungen

Posttraumatische Belastungsstörung

Kriterien nach DSM-V

A. Traumakriterium

B. **Wiedererleben** (mind. 1 Symptom)

C. **Vermeidung** (mind. 1 Symptom)

D. **Negative Veränderungen in Kognitionen & Stimmung** (mind. 2 Symptome)

E. **Übererregung** (mind. 2 Symptome)

F. Symptome **> 1 Monat**

- Akut (> 1 Monat & < 3 Monate)
- Chronisch (> 3 Monate)
- Verzögerte Vollausbildung (Beginn > 6 Monate)

G. Klinisch-signifikante **Beeinträchtigungen**

H. Nicht begründbar durch Substanzgebrauch

Spezifiziere: mit dissoziativen Symptomen (Depersonalisation/Derealisation)

Intrusionen (Wiedererleben)

DSM-V, B-Kriterium

1. Wiederkehrendes **Wiedererleben** des Traumas
2. Wiederkehrende belastende **Träume**
3. **Dissoziative Reaktionen** (Flashbacks)
4. intensive **psychische Belastung** und
5. intensive **körperliche Reaktionen** bei Konfrontation mit Hinweisreizen

Vermeidung

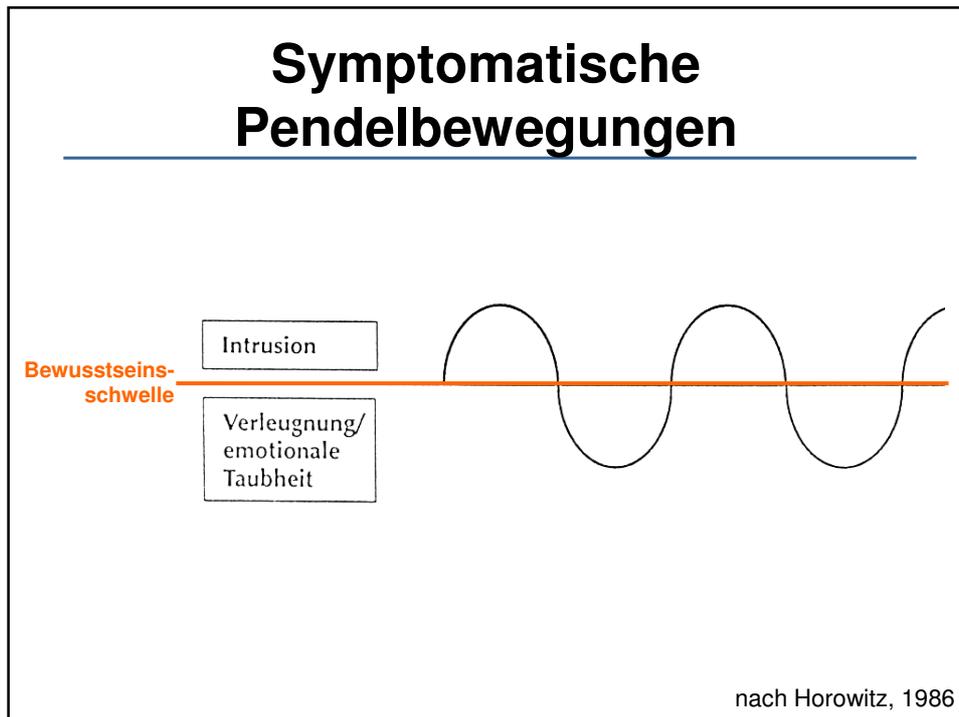
DSM-V, C-Kriterium

1. **Versuch der bzw. Vermeidung traumarelevanter Gedanken** oder **Gefühle**
2. **Versuch der bzw. Vermeidung traumarelevanter externer Hinweisreize** (Menschen, Orte, Gespräche, Gegenstände, Situationen)

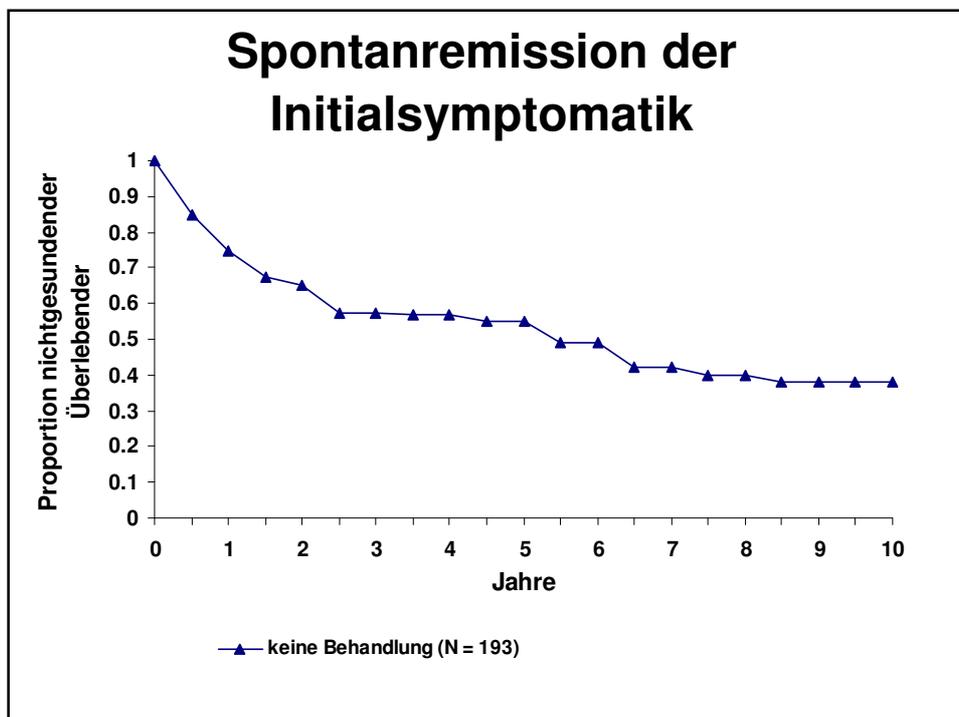
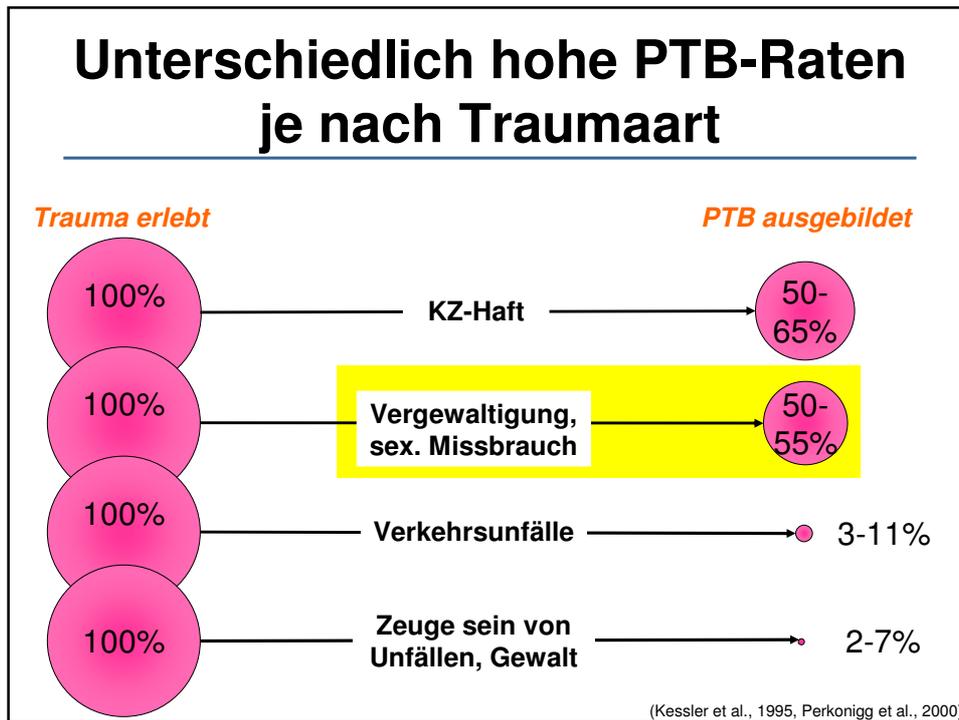
Negative Veränderungen in Kognition und Stimmung

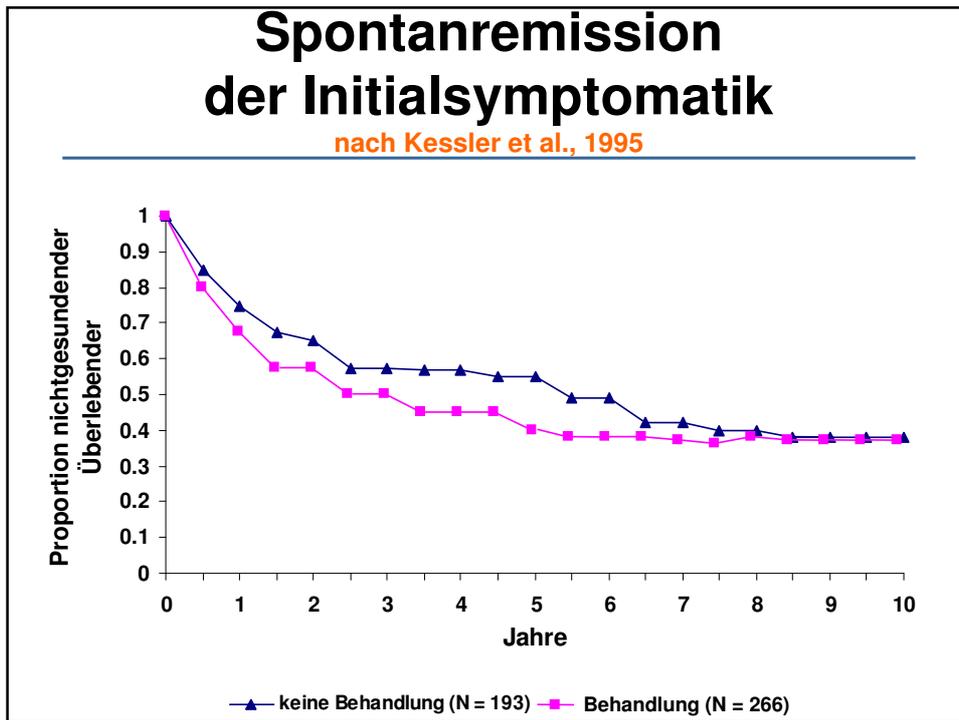
DSM-V, D-Kriterium

1. **Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern** (dissoziative Amnesie)
2. **negative Überzeugungen in Bezug auf sich selbst, andere oder die Welt**
3. **Schuldzuschreibung für Trauma** bzw. **seine Konsequenzen**
4. **Anhaltende negative Gefühle** (Angst, Grauen, Wut, Schuld)
5. **Interessenverlust**
6. Gefühle der **Distanziertheit** oder **Entfremdung** von anderen
7. **Eingeschränkte Bandbreite des Affekts**



- ## Hyperarousal / Übererregung
- DSM V, E-Kriterium
-
1. **Reizbarkeit** und **Wutausbrüche**
 2. **Rücksichtsloses oder selbstdestruktives Verhalten**
 3. übermäßige **Wachsamkeit** (Hypervigilanz)
 4. übertriebene **Schreckreaktionen**
 5. **Konzentrationsschwierigkeiten**
 6. **Ein- und Durchschlafschwierigkeiten**





Erhöhte Komorbiditätsraten bei chronischen PTB

<div style="background-color: #4a69bd; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">88%</div> <p>Männer</p>	Major Depression	über 50% (meist sekundär)
	Substanzmissbrauch	Männer: 50% Frauen: 33% (meist sekundär)
<div style="background-color: #e91e63; color: white; border-radius: 50%; width: 60px; height: 60px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">78%</div> <p>Frauen</p>	Angststörungen	> 33% (50% davon sekundär)
	Chronische Schmerzen & Somatoforme Störungen	34-80%
	Körperliche Erkrankungen	Risiko deutlich erhöht
	Suizidhäufigkeit	15x höher als in Allgemeinbevölkerung

Weitere Auswirkungen von PTSD

- Abnahme des sozioökonomischen Status (Jobverlust häufig, Einkommen sinkt)
- familiäre und soziale Probleme (insbesondere Scheidungen, sozialer Rückzug)

Fallbeispiel Frau G. (Sri Lanka): Komorbidität



Fallbeispiel: Frau G. aus Sri Lanka

- 36 jährige, zierliche Tamilin
 - Aufgewachsen mit 4 jüngeren Schwestern bei Eltern, gutbürgerliche Verhältnisse in Nord-Sri Lanka
 - Gute Schulbildung, gut in der Schule, ab 15. Lj. Engagement bei den Tamil Tigers als „Sozialarbeiterin“
 - Mit 18 **Verschleppung durch singhalesische Soldaten, Schwangerschaft infolge Vergewaltigung**, Freilassung
 - **Geburt des Sohnes auf der Flucht** vor kriegesischen Auseinandersetzungen
 - **Inhaftierung** in Colombo wegen Zugehörigkeit zu den Tamil Tigers, inklusive **wiederholter Folterungen**
 - **Flucht mit Schlepper** „in die Schweiz zur Schwester“
 - **Verschleppung nach Uganda**, dort **monatelange Gefangenschaft**, wiederholt **sexueller Missbrauch unter Drogen**
 - **Schwangerschaft infolge der Vergewaltigungen** und **Zwangsabtreibung** durch einen afrikanischen Heiler
 - Flucht mithilfe des SRKs in die Schweiz
 - **Tod der in der Schweiz lebenden Schwester** durch Ertrinken
 - **Verstossung aus Familie, Leben alleine im Asylheim, Bedrohung durch tamilische Männer, wiederholte Vergewaltigung** durch Cousin, der sie heiraten will
- Diagnostisch: u.a. PTSD, Major Depression, starke Dissoziationen, anhaltend suizidal
- **Nichtanerkennung des Asyls durch die Schweiz („nicht glaubwürdig“)**

Fazit zu PTB generell

Nach einem **Trauma erholen sich die meisten Opfer von alleine** wieder.

PTB ...

- ... ist **ein Fehler der natürlichen Verarbeitung**.
- ... ist **eine der häufigsten psychischen Störungen** (Lebenszeitprävalenz: ca. 9% für beide Geschlechter).
- ... kann in **jedem Lebensalter** auftreten.
- ... verläuft häufig **chronisch** (1/3 > 6 – 10 Jahre, jahrzehntelange Dauer möglich).
- ... hat ev. **phasenweise** stark bzw. weniger stark ausgeprägte Symptomatik.
- ... **hört selten völlig auf**; remittiert nach einem Jahr Vorhandensein ohne Behandlung nicht mehr.
- ... ist eine **sehr belastende** und **behindernde Störung**.

Akute Belastungsstörung

(DSM-V)

A. Traumakriterium

Ereignis

B. Symptome aus 5 Kategorien (mind. 9 Symptome)

- Intrusionen
- Negative Stimmung
- Dissoziation
- Vermeidungsverhalten
- Erhöhtes Erregungsniveau

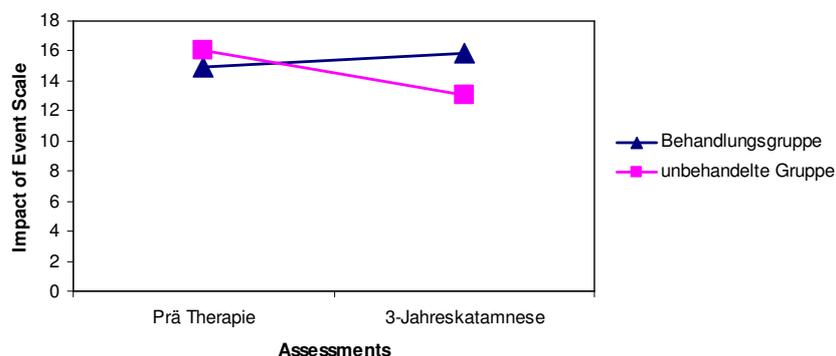
C. Symptome > 3 Tage & < 1 Monat

D. Klinisch-signifikante Beeinträchtigungen

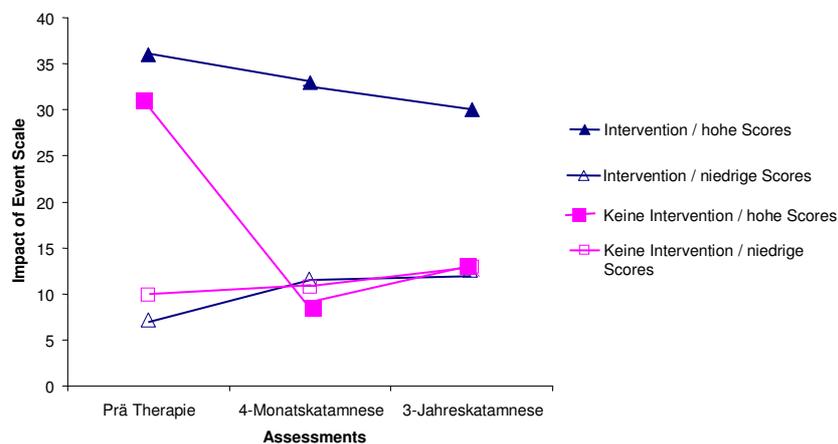
E. Symptome haben keinen Zusammenhang mit der Einnahme von Substanzen

Effekte von Debriefing

(Mayou, Ehlers & Hobbs, 2000)



Effekte von Debriefing bei hoher und niedriger PTSD-Symptomatik



Störung nach Extrembelastung / ehem. „komplexe PTB“

1. Typ-II-Trauma, man-made
2. Chronische PTB-Symptome
3. zusätzliche Veränderungen in ...
 - Affekt- & Impulsregulation
 - Dissoziative Tendenzen
 - Selbstwahrnehmung
 - Wahrnehmung des Täter
 - Beziehungen
 - Sinnsystemen
 - Somatisierungsstörungen & körperliche Erkrankungen

Wissenswertes zu Amnesien

- Amnesie & Hyperamnesie (intrusive Erinnerungen) = **Kardinalsymptome** d. PTB.
- Auslöser für Wiedererinnern:
 - idiosynkratische Schlüsselreize
 - psychische Krisen oder kritischen Lebensereignisse
 - Psychotherapie spielt untergeordnete Rolle
- Erinnerungsgenauigkeit beeinflusst durch Situationsmerkmale, in der die Informationen aus dem Gedächtnis abgerufen wird.
- **Fehler** im Informationsabruf passieren am häufigsten **durch suggestive, wiederholte und irreführende Fragen**.
- Vermeidung solcher Fehler durch Ermöglichen eines freien, unbeeinflussten Abrufs.
- Befunde zu Amnesien:
 - **Verzerrungen vor allem in peripheren Details** traumatischer Erinnerungen. **Zentrale Aspekte der Erfahrungen werden bemerkenswert genau und dauerhaft erinnert** und sind **gegen Suggestionen resistent** (Brewin, Andrews & Gottlieb, 1993).
 - Bei **sex. Missbrauch** haben **ca. 70% der Patientinnen immer vom Missbrauch gewusst** und erinnern diesen vollständig oder teilweise (Herman, et al., 1997).
 - **Genauigkeit von Erinnerungen unterscheidet sich** nicht in Abhängigkeit davon, ob der Missbrauch zeitweise „vergessen“ war oder nicht (Williams, 1994, 1995).
 - Mehrheit der Opfer kann externe Belege für ihre Erinnerungen erbringen (Herman et al., 1997).

Traumagedächtnis

Was passiert mit uns während
eines Traumas?

Modelle der PTB

- **Ätiologiemodelle**

- **multifaktorielles Rahmenmodell** (Maercker, 1997, 2003)
- **HPA-Achsen- bzw. Stress-Modell**
(Yehuda, 1996, Hellhammer et al., 1998)
- **Gedächtnisveränderungsmodell** (Brewin et al., 2000)

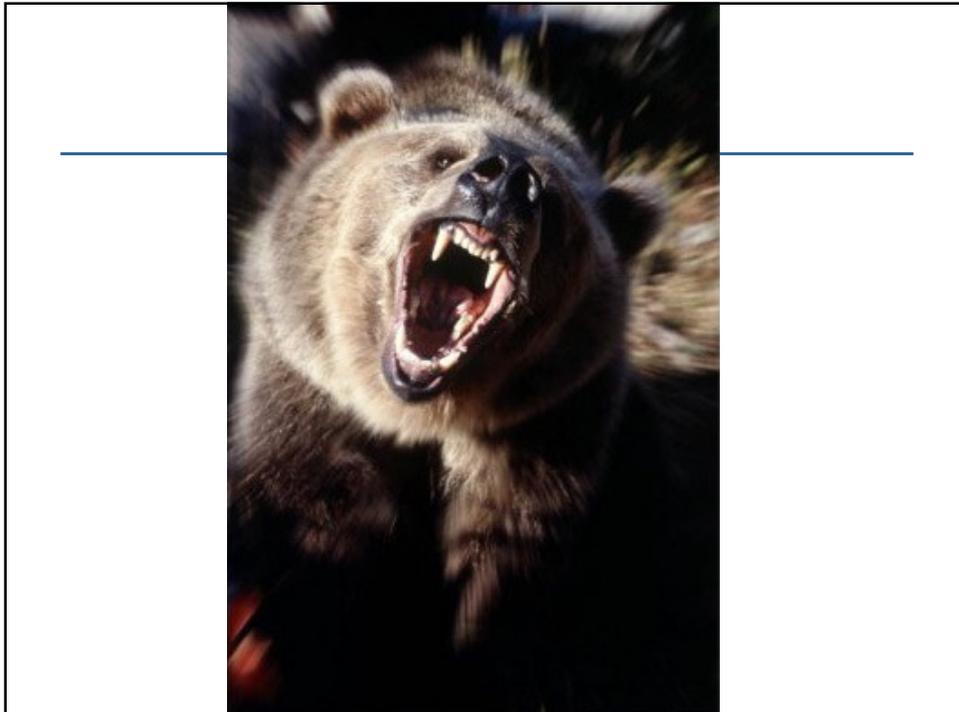
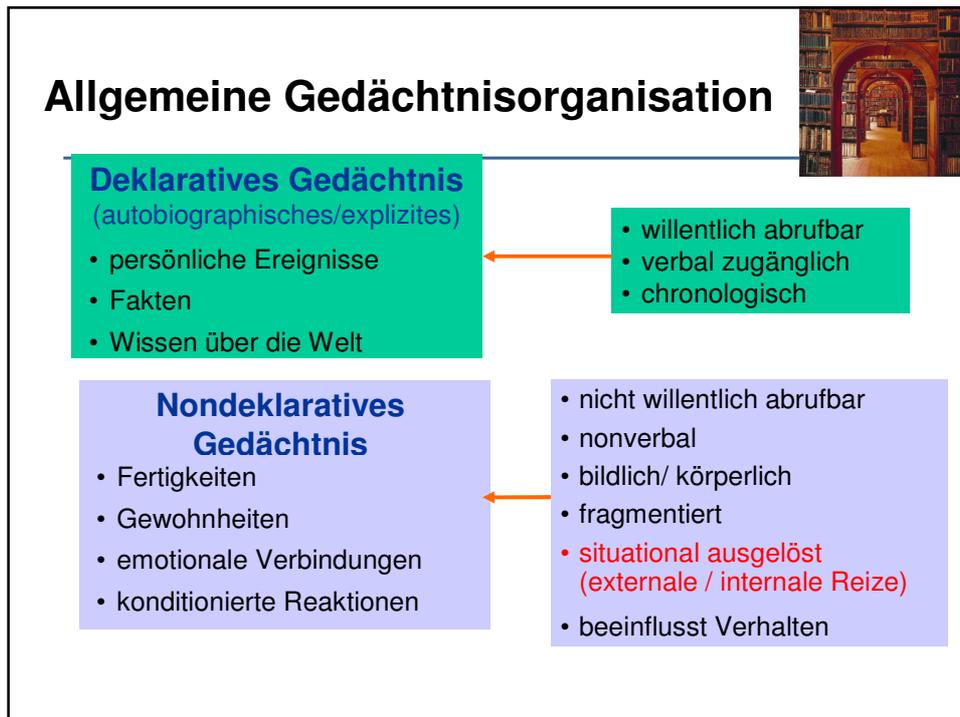
- **Therapiebezogene Modelle**
(therapeutisches Rationale)

- **Zwei-Faktoren-Theorie** (Mowrer)
- **Furchtstrukturmodell** (Foa & Kozak, 1986)
- **Kognitives Modell** (Ehlers & Clark, 1999)

Grundsätzlich

PTB ist
NICHT
durch das Trauma verursacht
sondern durch
inadäquates emotionales
Verarbeiten
des traumatischen Erlebnisses

(Foa & Kozak, 1986)



Trauma-Biologie

«Fight or Flight»- Reaktion

- Adrenalin ↑
- Puls ↑
- Atmung ↑
- Blutzucker ↑
- Muskeldurchblutung ↑
- Muskeltonus ↑

Alltags-Modus →
Überlebens-Modus

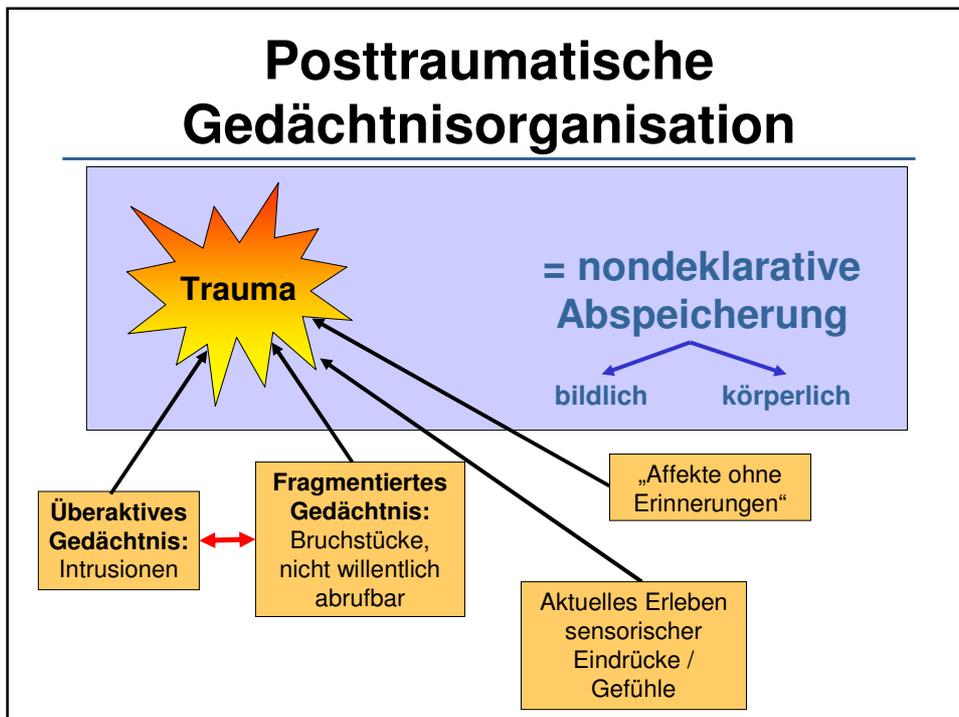
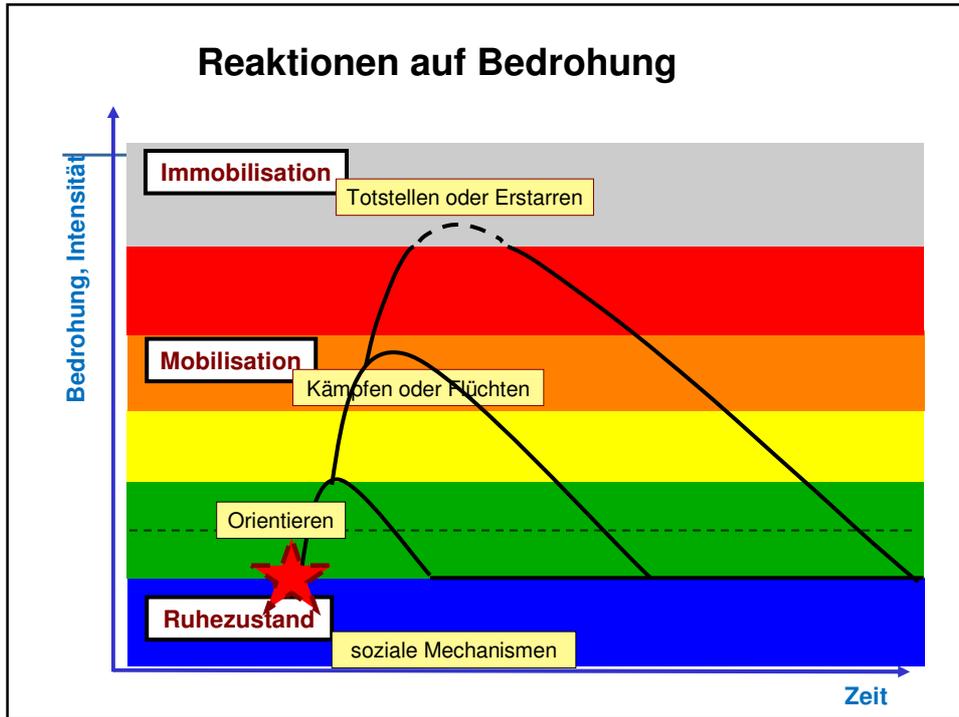


Trauma-Psychologie

«Freeze»-Reaktion

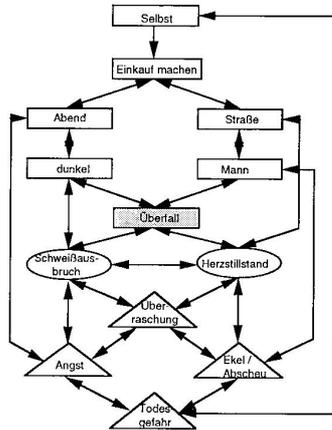
- Angst ↑
- Vigilanz ↑
- Wahrnehmung ↑↓
- Schärfung
 - Fokussierung
- Gedächtnis ↑↓
 - selektiv
- Panik ↑↑
- Kognition ↓
- **Dissoziation** (Schock, Erstarrung, Schmer-, Bewusstlosigkeit)



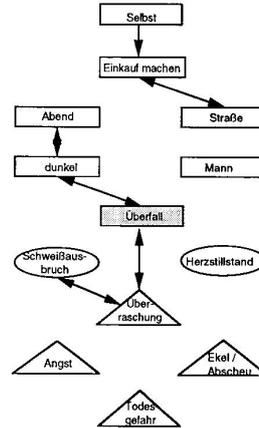


Furchtstrukturen

ausgeprägte Furchtstruktur bei Vorliegen von PTB



deaktivierte Furchtstruktur bei genesenem Patienten (z.B. nach Konfrontationstherapie)



□ Fakten

△ Emotionen

○ Körperempfindungen

Fallbeispiel Frau G. (Sri Lanka)



Textausschnitt Frau G. (1. Narration, rein deklarative Gedächtnisinhalte)

... Dann kamen Soldaten und haben uns mit Lastwagen in ein kleines Lager vor Pallali-Camp gebracht. Wir mussten uns zur Untersuchung ausziehen, die Soldaten haben mich überall geküsst und fest in die Brüste gekniffen. Am Abend kam einer und hatte eine sexuelle Beziehung mit mir. Ich weiss nicht, wie viele es waren und was passierte ...

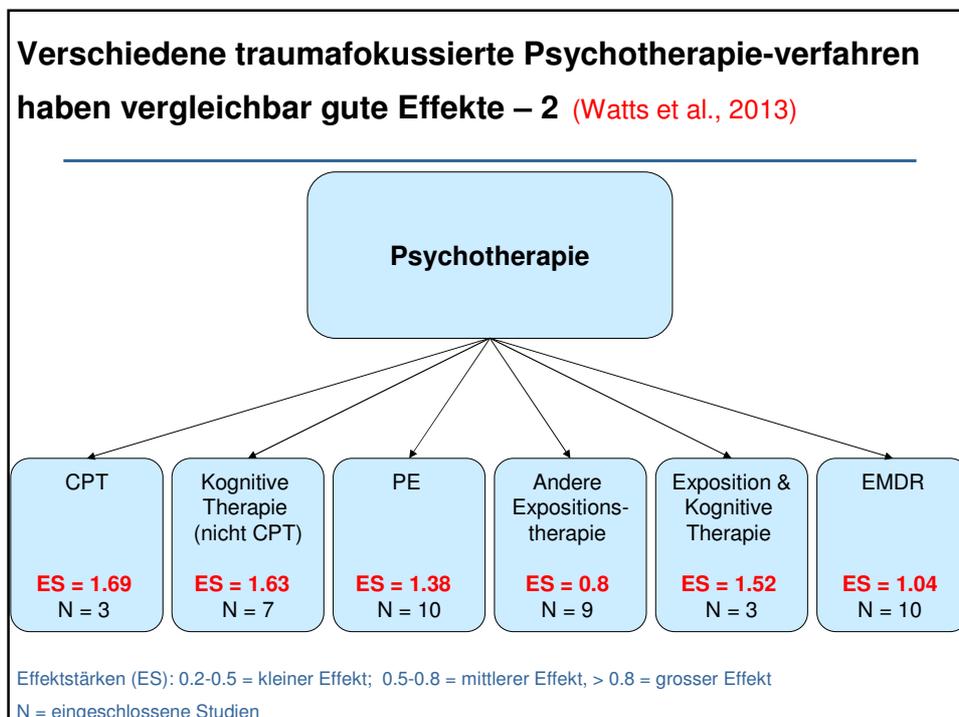
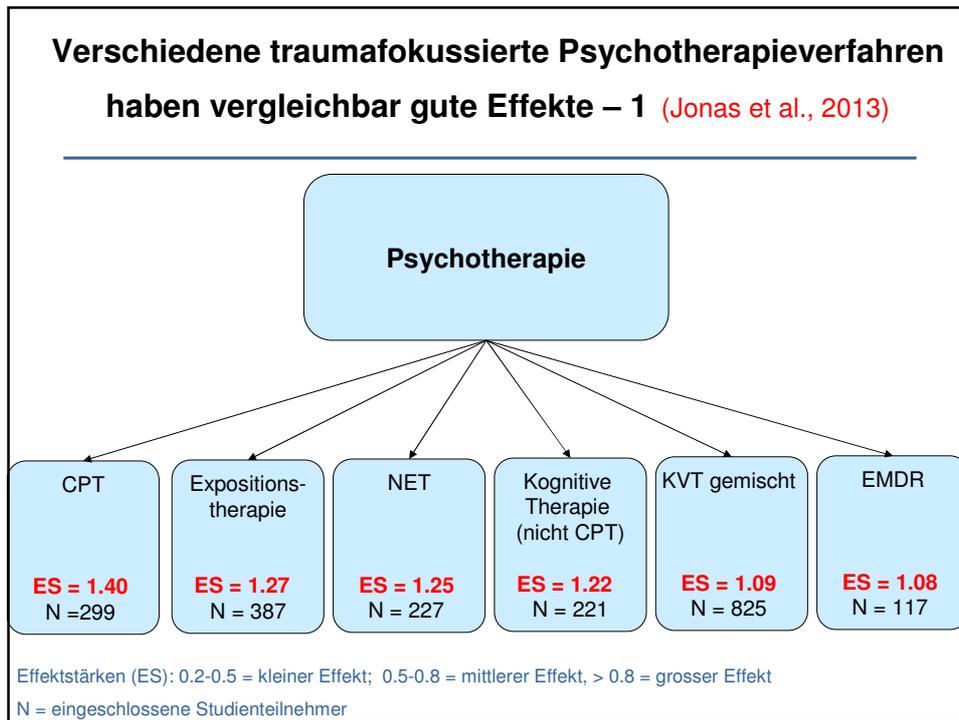
Textausschnitt Frau G. (3. Narration, ergänzt um non-deklarative Gedächtnisinhalte)

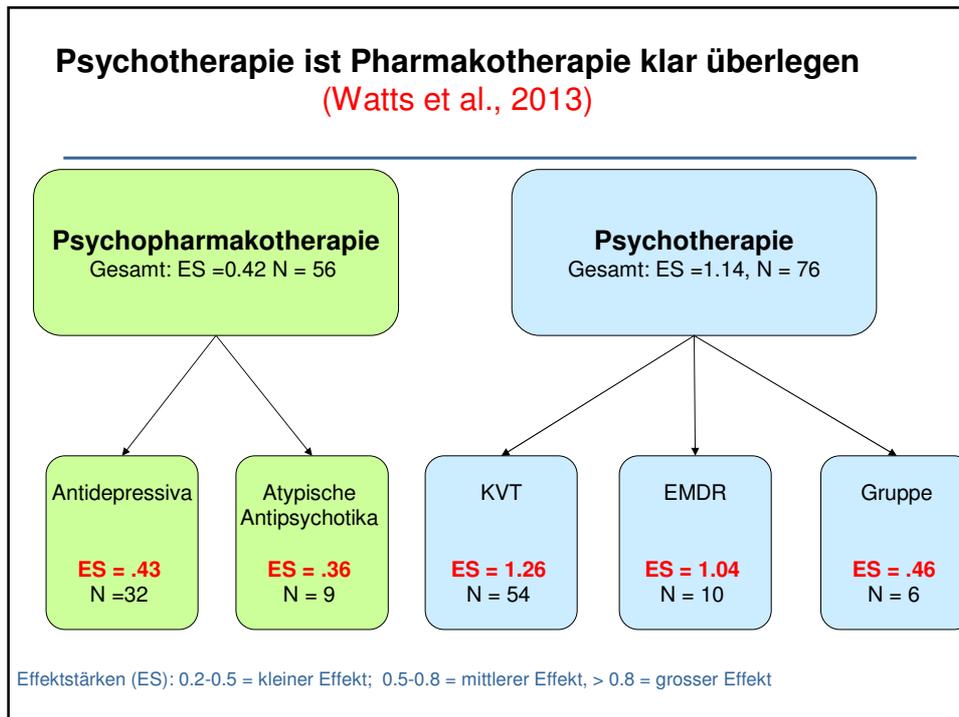
... Dann kamen Soldaten und haben **alle jungen Mädchen** mit Lastwagen in ein kleines Lager vor Pallali-Camp gebracht. Wir mussten uns **in einer kalten und feuchten** Zelle zur Untersuchung ausziehen. **Ich habe am ganzen Körper gezittert, meine Zähne haben geklappert. Das waren aber keine Ärzte, das war keine Untersuchung.** Die Soldaten haben mich überall geküsst und fest in die Brüste gekniffen. **Ich hatte so grosse Angst, habe gedacht, die bringen mich um und habe mich so geekelt vor diesen Männern. Ich konnte mich nicht wehren ...**

Zusammenfassung

- **Unsere Reaktion auf Gefahr ist programmiert auf Ebene des Gehirns und auf Ebene des Körpers**
- **Wenn eine Gefahr kommt, läuft dieses Programm automatisch ab, d.h. wir werden in den Überlebensmodus versetzt (Adrenalin, Angst, Reserven mobilisiert, Fight or Flight)**
- **Das Gehirn merkt sich diese Situation, damit es im Wiederholungsfall schnell reagieren kann.**
- **Gefahrensituation und Reaktion werden miteinander verknüpft.**

Einblick in KVT- Methoden und deren Wirksamkeit





Abbruchraten und Effektstärken verschiedener PTSD-Therapien (van Etten & Taylor, 1998)

	Abbruchraten (%)	Prä-post Effektstärken
Kognitive Verhaltenstherapie	15.1	1.27 (nach 4 Monaten 1.63)
EMDR	14.4	1.24 (nach 4 Monaten 1.33)
Psychodynamische Therapie	11.0	0.90
Entspannung	8.0	0.45
Hypnose	11.0	0.94
Psychotherapie insgesamt	14.0	1.17
Trizyklische Antidepressiva	26.4	0.54
MAO-Hemmer	36.4	0.61
SSRI	36.0	1.38
Pharmakotherapie insgesamt	31.9	0.69
Kontrollgruppen	16.6	0.43

Effektstärken mittelgross > 0.5; sehr gut > 0.8
Kombinationstechniken sind nicht besser als nur Konfrontation / KVT

Psychopharmakotherapie

- Wenig Evidenz für den Nutzen von Psychopharmaka
- Psychopharmaka sollten nicht als Mittel der Wahl eingesetzt werden
- u.U., wenn aktuell keine traumafokussierte Psychotherapie möglich und ausdrücklich Psychopharmaka gewünscht
- u.U., wenn Psychotherapie nicht hilfreich
- u.U. adjuvant zur Psychotherapie bei starker, die traumafokussierte Therapie behindernder/verunmöglichender Symptomatik (z.B. starke Depression, starkes Hyperarousal)

Grundsätzliches zur traumafokussierten Psychotherapie von PTSD

- Meist **ambulante** Einzeltherapien
- Regelmässige und kontinuierliche Interventionen (meist **wöchentlich**) durch denselben Therapeuten
- In der Regel **8-12 Sitzungen**
- **Verlängerung bei mehreren Problemen**, v.a. bei Polytraumatisierung, traumatischer Trauer, chronischer Versehrtheit durch Trauma Komorbiditäten, soziale Probleme
- Im traumafokussierten Therapieteil **Sitzungsdauer 90 Minuten**
- **Keine routinemässige Anwendung nicht-traumafokussierter Interventionen** (nicht-direktive Therapie, Entspannungsverfahren)

Was bedeutet eigentlich “traumafokussiert”?

Konfrontation in sensu:

→ das traumatische Erlebnis wird **vor dem „innerem Auge“** vorgestellt und **wiedererlebt**

Ziele:

- Versprachlichung des Erlebten (non-deklarativ → deklarativ)
- Habituation an die Angst
- Kognitive Umstrukturierung

Konfrontation in vivo:

Konfrontation mit Traumatriggern bzw. aufgrund von Trauma vermiedenen Reizen

Diagnostik

Grundlegende Abklärungen

- **PTB** (Traumaerlebnis und Symptome)
- **Weitere Störungen**
 - Angst
 - Depression
 - Substanzmissbrauch
 - Somatisierung
 - Partnerschaftsprobleme
 - sexuelle Störungen
 - prätraumatische Borderline-Persönlichkeitsstörung
- **PTB = primäre Störung?**
- **Laut Lehrbuch Therapie-Ausschluss bei: Substanzabhängigkeit, akute Suizidalität, Psychose in Vorgeschichte**
- **Symptomdauer** (keine Therapie bei milder ABS!)?
- **Akute reale Gefährdung des Pat.?**

Instrumente zur Erhebung von PTB

Standardisierte Interviews

- **CIDI / DIA-X**

Strukturierte Interviews

- **DIPS**: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen
- **SKID**: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
- **CAPS**: Clinician-Administered PTSD Scale

Symptomfragebögen

- **IES-R**: Impact of Event Scale – Revised
- **PSS**: PTSD Symptom Scale
- **PDS**: Posttraumatic Diagnostic Scale

Screening oder Therapiemonitoring

- **PTSS-10**: Posttraumatic Symptom Scale - 10
- **7-Symptom-Skala**

Therapiebezogene PTSD-Diagnostik

Sammeln von Informationen über das Trauma

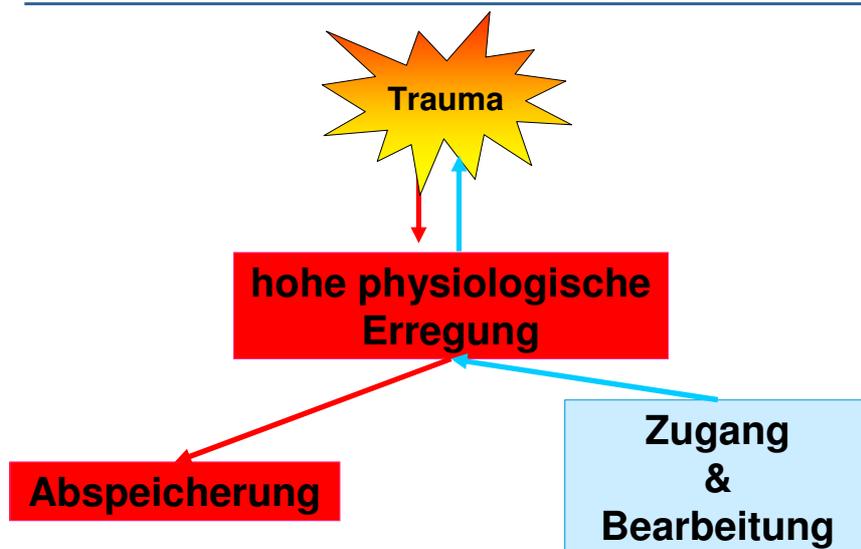
- Je mehr **Details**, desto besser wird man den Patienten während der in sensu Konfrontation prompten können.
- Informationen über **zu erwartende Reaktionen** (detaillierte Information, starke Gefühle)
- Pat. soll Bescheid geben, falls er/sie eine **Pause** braucht (**Kontrolle**)
- **Spezifisch** und **direkt** sein
- Versichern (implizit und explizit), dass
 - **starke Gefühlsreaktionen in Ordnung** sind
 - Therapeut sie **verstehen**
 - Und **damit umgehen** kann
- Berücksichtigen von Bedürfnissen und Wünschen des Pat.
- Klinisches Urteil: Fokus jetzt oder später auf ein best. Gebiet

Diagnostik aufrechterhaltender Mechanismen

- **Problematische Interpretationen des Traumas**
 - Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI; Ehlers et al., 1999)
 - „Hot spots“ = schlimmste Momente im Traumagedächtnis (Belastungsgipfel), die bei der Erinnerung die meisten Gefühle auslösen und mit ungünstigen Bewertungen in Zusammenhang stehen
 - weitere Bedeutung erfragen
 - SUD erfragen
- **Problematische Interpretationen der Konsequenzen**
 - Schwierigste/schlimmste Sit. nach dem Trauma
 - Gedanken über PTB-Symptome, Verhalten anderer etc.
 - zum Beispiel mittels Symptomtagebuch

Therapiebeginn: Therapeutisches Rationale der Konfrontation

Zustandsabhängigkeit traumatischer Ereignisse



Rationale traumafokussierten Vorgehens

- **Einführen der gefürchteten Stimuli** (wiederholt und verlängert, Abwesenheit realer Gefahr)
→ **Aktivierung der Furchtstruktur**
- **Gleichzeitig Präsentation korrektiver Information, die mit den pathologischen Elementen der Furchtstruktur unvereinbar ist**
→ **Modifikation der Furchtstruktur** (durch Habituation / Desensibilisierung)
→ **Abnahme der PTB-Symptome**

Indikatoren erfolgreicher emotionaler Verarbeitung



Angst während der Exposition

Physiologische Erregung
(Habituation) während der Expo

Reaktion auf Angststimuli im
Verlauf der Expositionssitzungen

Therapiebeginn: Therapeutische Beziehung

**Traumatische Erfahrungen haben
drastische Konsequenzen auf beinahe
alle Gebiete der Persönlichkeit eines
Patienten.**

→

**Für eine erfolgreiche Psychotherapie
ist deswegen eine gute und
vertrauensvolle Therapiebeziehung
sehr wichtig.**

Charakteristika der therapeutischen Beziehung mit PTB-Patienten

Schwierigkeiten, die Patientenrolle zu akzeptieren

- *“Ich muss selbst damit fertig werden“*
- **externale Verursachung** → *“keine Möglichkeiten, die Symptome zu kontrollieren/verändern“*
- *„Wenn ich gesetzliche/finanzielle Kompensation erhalte, wird alles wieder gut sein“*
- Kein Wissen über PTB-Symptomatik als kohärente Störung

Antizipation des Nichtverstandenwerdens, erschüttertes Vertrauen

- Gefühle des Beschädigtseins und der Entfremdung
→ Misstrauen und permanentes Überprüfen der Umwelt.

Schwierigkeiten für den Therapeuten

- **Schwierigkeiten, sich selbst zu konfrontieren:** Traumaschilderungen sind oft lebensbedrohlich, bizarr, grausam, sadistisch, entsetzlich, qualvoll
- Therapeut muss sich selbst mit der **Existenz des Bösen und Tragischen in der Welt** auseinandersetzen.

TRAUMA THERAPIE IST DIE KONTINUIERLICHE KONFRONTATION MIT SEINER EIGENEN VERLETZLICHKEIT.

Extreme Therapeuten Reaktionen: Die "Empathie-Vermeidungs-Wippe"



Über-Identifikation

- Unkontrollierte Affekte
- Retter- oder Rächerphantasien
- Rolle als Mitleidender oder Mitkämpfer
- „Hochspannung“ in der Therapie

Konsequenzen

- Grenzverlust
- Überlastung (Burnout)

Empathie

Vermeidung und Invalidierung

- Abstoßende Mimik
- Sträuben und Unfähigkeit, zuzuhören und dem Bericht zu glauben
- Distanzieren

Konsequenzen

- Defensivität: Kein Nachfragen
- Teilnahme am „Komplott des Verschweigens“

Professionelle Reaktion auf spontanes Traumdisclosure (z.B. EG)

- Bei Türpfostenbemerkung: Abwägen, ob noch **genug Zeit während der laufenden Sitzung** ist.
- **Grundsätzlich zum Reden ermuntern**, auch wenn Pat. zögerlich-ambivalent ist.
 - Ambivalenz: a) Vermeidung vs. Mitteilungsbedürfnis
b) Therapeut nicht belasten vs. Hoffnung auf **Nachfragen** (≠ Familie/Freunde)
 - **Keine Angst vor eigenen Gefühlen**: Patienten akzeptieren Emotionalität des Therapeuten, wenn sie kurz ist und dieser nicht getröstet werden muss.
- Defensivität = elementarer Grundfehler in der Behandlung Traumatisierter!

→ **Ohne Nachfragen kein Vertrauen und kein Zugang zu den Gefühlen und Gedanken des Patienten** (Unverstandenwerden/Therapieabbrüche).

Aspekte der therapeutischen Beziehung zwischen Traumapatient & Therapeut

insbesondere zu Therapiebeginn

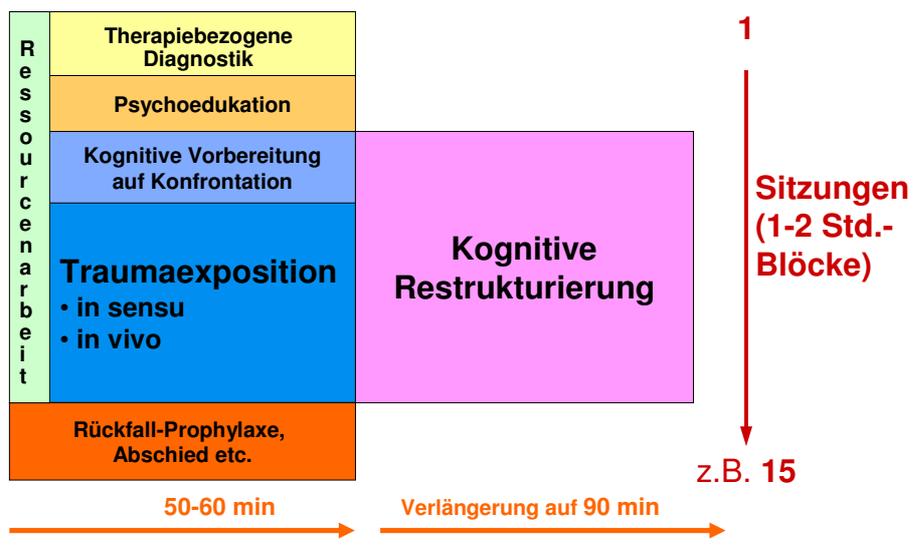
Patient → Therapeut

- Mangelndes Vertrauen (Beziehungstests)
- Nicht belasten wollen

Therapeut → Patient

- sichere Umweltbedingungen für Pat. schaffen
- Rituale akzeptieren
- Sicherheit im therapeutischen Setting gewähren (z.B. Sitzordnung)
- Absetzen der Medikation vor Therapiebeginn
- „moralische Solidarität“ (offene, nichtwertende, relativ abstinente Haltung)
- Tröstliche Haltung
- Expertise über PTB, soziale Auswirkungen und PTB-Therapie
- Hohe Sensibilität beim Erledigen von „Formalitäten“
- Vertrauen in die Effektivität der KVT ausdrücken
- persönliche Ressourcen des Pat. betonen, Lob für aktive Traumaarbeit
- Normalisieren der Reaktion des Patienten auf das Trauma

Therapeutisches Vorgehen



Psychoedukation – den Symptomen einen Namen geben

Psychoedukation

- **Existenz von PTB und Akuten Belastungsstörungen**
 - „den Symptomen einen Namen geben“
- **Normalisieren der Symptome**
 - „PTB ist eine normale Reaktion auf ein abnormales Ereignis“
 - Körpersymptome = automatischer Schutz unseres Körpers (“Weisheit des Körpers”)
 - Erklären: Pat. wird nicht verrückt.
- **Information über die Symptome**
 - **Aktivierende Stimuli und Situationen** (reduziert die Gefühle „plötzlicher“ und unkontrollierbarer Symptomatik)
 - Entstehung und Erklärung von Symptomen wie Flashbacks, Entfremdung, Panikattacken
 - Symptome können während der Therapie kurzfristig schlimmer werden.
 - **Hilfreich: Arbeitsblatt → didaktische und interaktive Diskussion**

Vermitteln des Therapierationals

Therapieziel

- Emotionale Verarbeitung und Möglichkeit, Erinnerungen und Wiedererinnerungen zu bewältigen

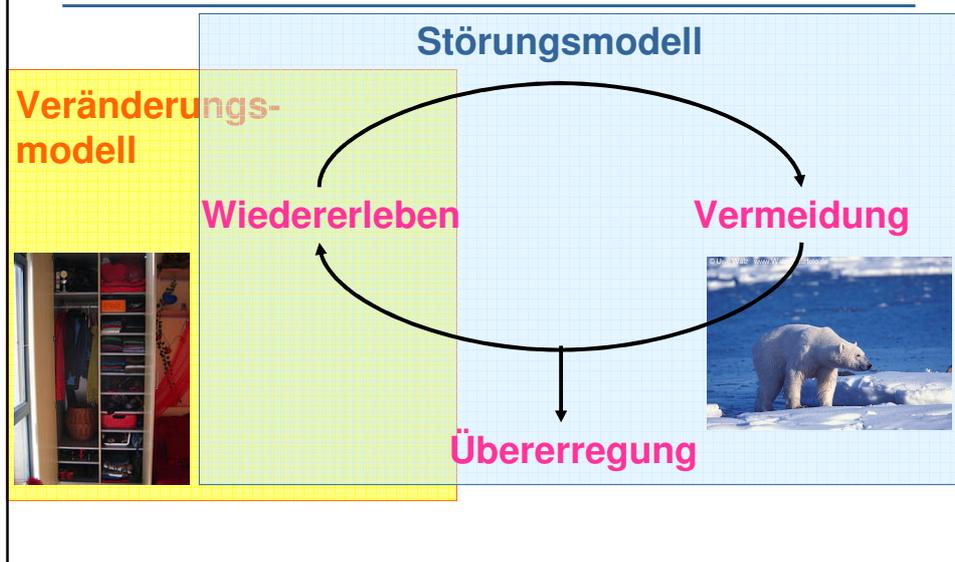
Störungs- und Veränderungsmodell entwickeln

- Gedankenunterdrückung ist nicht hilfreich („Kleiner Eisbär“-Experiment), Diskussion an eigenen Bsp. des Pat.
- Man muss „an die Wurzel des Übels“

Therapie vorbereiten

- Rangreihe stärkster Intrusionen und belastendster Symptome
- Exploration von Bewältigungsstrategien für diese Symptome
- Vermeidungsliste

Psychoedukation: Teufelskreismodell



Weitere Veränderungsmodelle

Andere Methaphern

Wunde

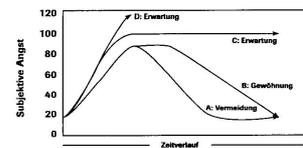
- Trauma = Spreissel im Finger
- PTSD = Eiter
- Was hilft kurz-/ was langfristig dieses Problem zu bewältigen?
- Spreisselentfernung ebenfalls unangenehm für Arzt
- Es wird immer eine Narbe bleiben

Unkraut

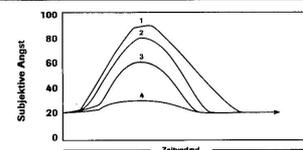
- PTSD = Unkraut
- einzelne Symptome (z.B. Schlafstörungen, Konzentrationsprobleme) = Blätter
- Was muss man machen, um Unkraut langfristig los zu werden?

Habitutionsrational

Befürchtete und tatsächliche Angstverläufe bei Flucht und gezielter Auseinandersetzung



Wiederholte Übung führt zu dauerhaftem Angstabbau



Zusätzlich wichtig:

„Leben zurückerobern“ (Ressourcenaktivierung)

- **Psychoedukation**
 - Rückzug → Gefühl, Leben sei stehen geblieben und zum Negativen verändert
 - **Ziel:** alte Gewohnheiten wieder aufnehmen, angenehme Gefühle kommen wahrscheinlich zeitverzögert
 - **Methode:** frühere Aktivitäten (oder Alternativen, falls objektive Gründe dagegen sprechen) und Kontakte aufnehmen
- **Liste früherer Aktivitäten und Kontakte**
- **konkrete Vereinbarungen für HA** (wird über gesamte Therapie weitergemacht und jede Sitzung besprochen)
- **evtl. Rollenspiel für Erklärungen bei Wiederaufnahme abgebrochener Kontakte**

Konfrontation in sensu

Rahmenbedingungen: Konfrontation

- Vorgehen soll dem Pat. klar sein
- (Abklären: Patient hat **FUNKTIONALITÄT und AKTIVE PRINZIPIEN des Vermeidungs- und Sicherheitsverhaltens verstanden**: genau diese kurzzeitig angstreduzierenden Verhalten halten Angst und Vermeidung langfristig aufrecht
- **Ausführliches Vorbereitungsgespräch, in dem das Ziel des Vorgehens besprochen wird**
- **Formal: Einzeltherapie, 90-minütige Therapiesitzungen, in 3 - 8 Sitzungen wird Vorgehen wiederholt**
- **Schrittweises Vorgehen: kein FLOODING, Hierarchische Rangordnung der Angstsituationen**
- **Imaginäres Wiedererleben der Angstsituation = 60 Min.**
- **Wiederholen der gleichen Szene, wenn weniger als 60 Min. benötigt, danach entspannen**
- **Tonbandaufnahme**

Konfrontation in sensu: Aufgaben des Patienten

- Traumatisches Erlebnis wird **vor „innerem Auge“ vorgestellt** und **wiedererlebt**
 - gleiche Reihenfolge
 - alle Einzelheiten: sensorischen Eindrücke, Gedanken & Gefühle
→ auch wenn diese im Nachhinein falsch, peinlich o. unsinnig erscheinen sollten
 - Beginn: kurz bevor Pat. merkte, dass etwas passieren würde
 - Ende: wieder Gefühl von Sicherheit
- **Laut beschreiben**
- **„Als würde es gerade passieren“**
- **Erste Person**
- **Gegenwartsform**
- möglichst mit **geschlossenen Augen**
- **Gefühle kommen lassen**, nicht unterdrücken
- **Kontrolle über das Tempo**
- **Kontakt zum „Hier-und-Jetzt“** nicht verlieren.
- **HA = Nacherleben. 1xtägl**, alleine, ungestört, keine andere Tätigkeit nebenher, keine Unterbrechung, protokollieren, nachher Zeit, wieder in Alltag zurückzugehen, am besten pos. Tätigkeit, Protokoll

Konfrontation in sensu: Aufgaben des Therapeuten

- **Ist nonverbal zugewandt**
- **Macht unterstützende Bemerkungen**
z.B. „Das machen Sie sehr gut“, „Ja, gut so“, „Bleiben Sie bei dem Gefühl/ bei diesem Bild“, „Ich weiß, es ist schwer“, „Hier sind Sie sicher“ (besonders bei den ersten Malen)
- **Führt den Patienten ins Präsens zurück**, wenn er Vergangenheitsform benutzt
z.B. „Er schlägt mich ins Gesicht“
- **Holt den Patienten ins Nacherleben zurück**, wenn dieser verstummt, Augen öffnet etc.,
z.B. „Was passiert jetzt?“
- **Stellt kurze Fragen zu sensorischen Eindrücken, Gefühlen und Gedanken** an entscheidenden Stellen (i.e. schlimmste Momente), im Präsens
z.B. „Was denken Sie?“, „Wie fühlt sich das an?“, „Wie fühlen Sie sich?“, „Was sehen, riechen, hören Sie?“, „Was fühlen Sie in Ihrem Körper?“
- **Fragt Subjective Units of distress (SUD, 0-10/ 0%-100%) ab**
- **Notiert die geäußerten irrationalen Überzeugungen** für spätere therapeutische Gespräche

Beenden der Konfrontation

- Therapeut bittet den Pat., die **Augen wieder** zu **öffnen**
- Einige **tiefe Atemzüge** zu machen
- **Sprechen über Erlebnisse während der Konfrontation:**
 - Kamen Erinnerungen an amnestische Aspekte wieder?
 - War es schwerer oder einfacher, als der Pat. sich das vorgestellt hat?
 - Was hätte der Therapeut machen können, um das Wiedererleben zu erleichtern?
- Therapeut zeigt, dass er kompetent ist, auftretende Schwierigkeiten zu bewältigen und dem Pat. zu helfen.
- Wenn der Pat. nichts wiedererinnert: Entpathologisieren *„Dies ändert nichts am Geschehen und Tatsache des Traumas“*.
„Dass Pat. überlebt hat zeigt, dass Pat. richtig gehandelt hat!“

Protokoll für Nacherleben

Tag/ Uhrzeit	Wie lange?	Vorher be- lastet (0-10)	Nacherleben belastet (0-10)	Bemerkungen
5.5./18.15	20 Min.	6	10	Wie in der Sitzung: kann das Gesucht des Täters nicht sehen.
6.5./21.00	10 Min.	4	10	Kann mich nicht konzentrieren, Sorge, dass ich meine Arbeit verliere.

Wie oft werden einzelne Szenen konfrontiert?

- Jede Szene wird so lange wie nötig wiederholt: Angstreduktion deutlich, mindestens 50%
- Wiederholen dieses Vorgehens mit 3-4 Szenen bis sich die Effekte generalisieren.

Film Frau B. (Sri Lanka) – Symptomreduktion durch Exposition



Film Frau B. 414 Min 9-16

Verschiedene trauma- fokussierte Verfahren

im Überblick

Prolongued Exposure (PE) (Foa & Rothbaum, 1992)

Grundidee:

Löschung der konditionierten emotionalen Reaktion durch Aktivierung der Furchtstruktur bei gleichzeitiger Präsentation korrekativer Information, die mit den pathologischen Elementen der Furchtstruktur unvereinbar ist

Dauer:

8-12 wöchentliche ambulante Sitzungen à 60-90 Minuten

Elemente:

Konfrontation mit gefürchteten/vermiedenen Traumareizen bis Angstabnahme sowohl im Geiste (in sensu) als auch in Realsituationen (in vivo)

Narrative Exposure Therapy (NET) für sequentiell Traumatisierte (Schauer, Neuner & Elbert, 2005)



Ablaufschema NET

Rekonstruktion der Lebensgeschichte „in Überschriften“.

- Ziele für Therapeuten: Überblick bekommen
- Ziele für Patienten: Rekonstruktion der chronologischen Lebensgeschichte, des Zeitgefühls

Methode der Life line

- (Erwachsenen-)NET: Sift/Papier
- KID-NET: Schnur, Steine, Blumen (einmalig)
- Mitschreiben, damit die bearbeiteten Traumata immer wieder vorgelesen werden können (Korrektur, neue zeitliche Einordnung, Exposition, Habituation)

Exposition in sensu (Foa): Chronologisches Durcharbeiten aller Traumata

Sitzungen:

- Ursprünglich: 6-8 Sitzungen, tw. 2 Stunden (Krisengebiete)
- Wenn mehr Zeit benötigt: auch ok

Cognitive Processing Therapy (CPT)

(Resick & Schnicke, 1996)

Grundidee:

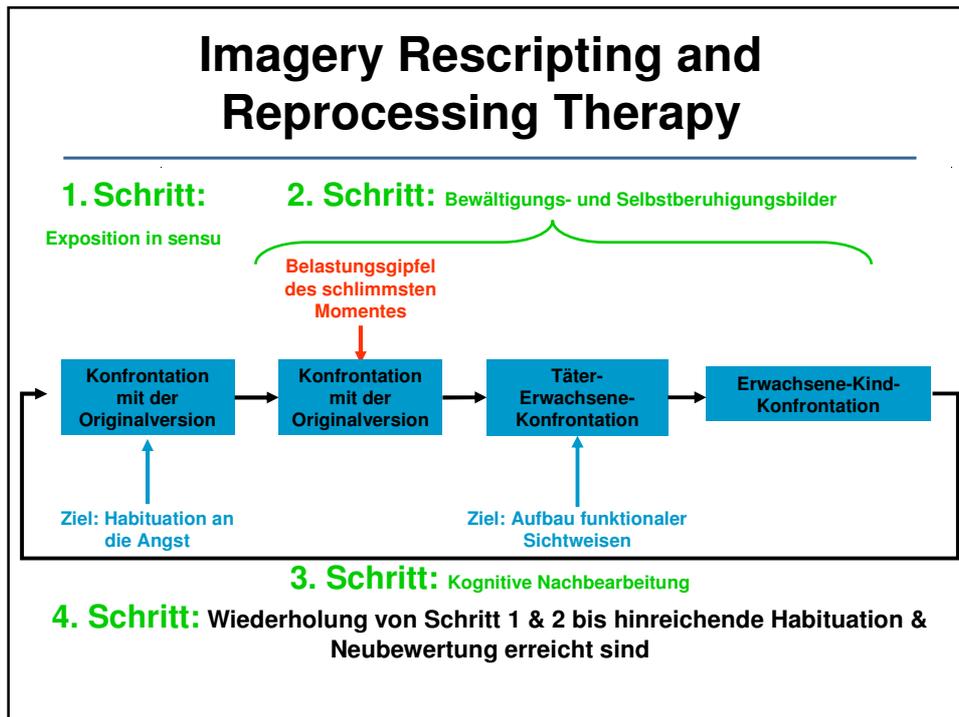
die emotionale und kognitive Traumaverarbeitung wird durch emotionale Zustände, wie depressive Stimmung, beeinträchtigt, was zu PTSD-Symptomatik führt

Dauer:

12 wöchentliche ambulante Sitzungen à 60-90 Minuten

Elemente:

- Psychoedukation
- Schreibaufgaben über das Trauma
- Kognitive Umstrukturierung bez. der Bedeutung des Traumas und seinen Folgen für das eigene Leben



Konfrontation in vivo

Beispiele: Häufig vermiedene Situationen nach interpersonellen Traumata

- Ähnliche Personen sehen, ähnliche Kleider (eigene/fremde)
- Menschenmengen
- Alleine sein
- Dunkelheit (draussen / in der Wohnung)
- Jemand steht neben ihr
- Jemand kommt von hinten an sie heran
- Auf der Strasse gehen
- Mit Fremden / Männern sprechen
- Abends ausgehen
- Zum Tatort gehen
- Öffentliche Verkehrsmittel benutzen
- Mit jemandem über den Überfall sprechen
- Körperliche/sexuelle Kontakte

In-Vivo-Konfrontation I

sich REALISTISCH SICHEREN, gefürchteten Sit. & Objekten nähern

Wann?

Vermeidungs- und übertriebenes Sicherheitsverhalten bez. traumaähnlicher Reize, welches Angst/PTB langfristig aufrechterhält und Aktivitätsradius oft stark einschränkt

Erfolg: Übung machen (unabhängig davon, wie viel Angst sie ausgelöst hat!)

Ziele:

- Habituation an Angst
- kognitive Veränderungen (Gefährlichkeit, eigene Kompetenzen)
- Lernen, mit der Angst umzugehen (Coping, Mastery, Angstmanagement) und trotz oder mit Angst die Übung zu machen (**nicht** keine Angst zu haben)
- Vergangenheitsperspektive, „Damals vs. Heute“, Übergeneralisierung von Gefahr abbauen, Angstabbau

Hilfe: Therapeutin / Coach / bewältigende Selbstverbalisation

In-Vivo-Konfrontation II

- 1. Hierarchische Vermeidungsliste**
- 2. Liste des Sicherheitsverhaltens**
→ Listen müssen nicht vollständig sein, aber repräsentativ
- 3. Übung festlegen**
(Pat. bestimmt selbst, welche Übung sie sich als erstes zutraut (SUD 4-6, graduelle Steigerung bis SUD-1a-Sit.)
- 4. konkretes Vorbesprechen der Übungen**
(was, wo, wie lange Üben? Objektives Zielmaß? Denkbare (gezielt zu unterlassendes) automatisches Sicherheitsverhalten? Befürchtungen? Mögliche Schwierigkeiten?)
- 5. Erarbeiten konkreter Bewältigungsstrategien und alternativer Verhaltensweisen für Sicherheitsverhalten**
(optimal: inkompatible Verhaltensweisen!)
- 6. Konfrontationstagebuch / Protokoll einführen**

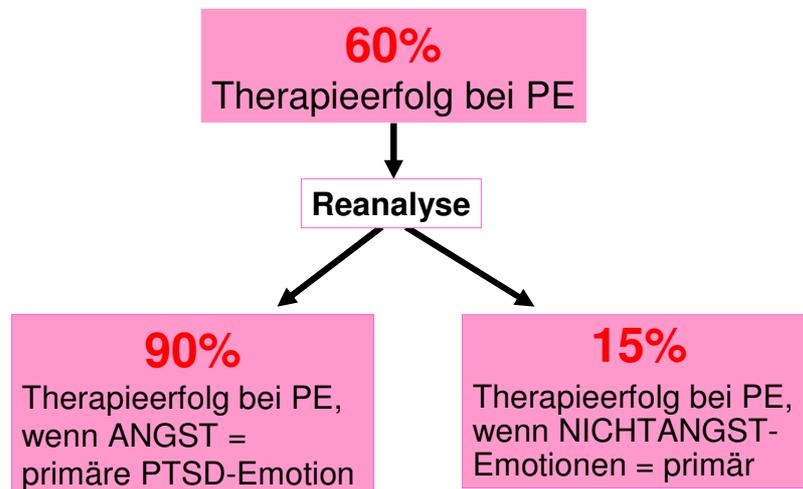
Kognitive Methoden in der Traumatherapie

Modifikation von Schuld, Scham, Ekel

Fokus:

Negative Gedanken und dysfunktionale Überzeugungen über die Welt, die Zukunft, das Selbst und andere Menschen

Ergebnisse neuester Forschung Verlängerte Konfrontation (PE)



Grunert et al. (2008)

Grundannahmen für die verlängerte Exposition

- **ANGST** ist die vorherrschende PTSD-Emotion
- **VERMEIDUNG** ist die primäre Bewältigungsstrategie



ANGST ist nicht immer die dominante PTSD-Emotion!

- **SCHULD, SCHAM, EKEL** und **ÄRGER** sind häufig dominante PTSD-Emotionen
- Besonders bei Typ-II Traumata
- Diese Emotionen **habituieren** gewöhnlich **nicht bei Konfrontation**
- Sondern **müssen zusätzlich mithilfe kognitiver Methoden bearbeitet werden**

Kognitive Methoden

- **Sokratischer Dialog**
- **Sammeln und Hinterfragen der Belege für die Interpretationen**
- **Suche nach möglichen anderen Interpretationen**
- **Kosten-Nutzenanalyse für Überzeugungen und aufrechterhaltende Verhaltensweisen**
- **Protokollieren und Modifizieren automatischer Gedanken** (evtl. mit Hilfe eines Tagebuchs, s. ausgeteiltes Material)
- **Verhaltensexperimente**
- **Imaginationsverfahren**

Lit: Beck, J.S. (1999). *Praxis der Kognitiven Therapie*. Weinheim: Beltz, PVU.
Wilken, B. (1998). *Methoden der Kognitiven Umstrukturierung*. Stuttgart: Urban & Kohlhammer.

Kognitive Methoden in der Traumatherapie

- **kognitive Therapie während, vor, nach der Konfrontation**
- **Verhaltensexperimente**
- **imaginative Übungen während der Konfrontation**

z.B. Ehlers; Resick

Typische veränderte kognitive Schemata

in den Bereichen:

- Vertrauen
- Sicherheit
- Macht/Einfluss
- Selbstachtung (schlecht, mangelhaft, inkompetent)
- Intimität (Andere/Selbst)
- Verlust

Typische posttraumatische automatische Gedanken

Emotion	Interpretation	Automatischer Gedanke
Angst / Furcht	Übeneralisierung von Gefahr	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Der Mann wird mich angreifen”</i> • <i>“Es ist gefährlich, draußen zu sein”</i>
Schuld (Interpersonal)	Verantwortlichkeit für Trauma/ Ausgang	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Ich bin schuld”</i> • <i>“Ich hätte es beenden können“</i>
Scham (Intrapersonal)	Verletzung pers./ fremder Regeln durch eigenes Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> • <i>„Ich bin blossgestellt“</i> • <i>„Ich verliere mein Gesicht“</i>
Ärger/ Wut	Ungerechtigkeit, Verletzung persönl. Regeln durch andere	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Warum ich?“</i> • <i>“Es ist nicht fair“</i>
Trauer/ Hoffnungslosigkeit	Bedeutsamer Verlust	<ul style="list-style-type: none"> • <i>“Mein Leben ist vorbei“</i> • <i>“Ich werde nie mehr sein wie vor dem Trauma“</i>

Definition von Schuldgefühlen

- unangenehm
- **grundlegende Überzeugung: man habe in einer bestimmten Situation falsch gedacht, gefühlt oder gehandelt** (Kubany, 1998)
- **im Grunde keine Gefühle sondern Bewertungen & Schlussfolgerungen** (deswegen Überwindung nach deren Überprüfung & Korrektur möglich)
- **sind nicht hilfreich:**
 - machen das Verhalten nicht ungeschehen
 - führen nicht unbedingt zu einer Wiedergutmachung
 - führen nicht zur Vermeidung zukünftigen Fehlverhaltens
- **werden (auch) von objektiv unschuldigen Opfern erlebt**

Typische Denkfehler bei Schuldgefühlen

Denkfehler der Retrospektive	„Im Nachhinein ist man immer schlauer“. Wissen über Ereignisausgang beeinflusst <i>Erinnerung</i> an Ereignis. → Überschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten auf Trauma /-Verlauf
Übertriebenes Verantwortungsgefühl für Ereignis / Verhalten anderer	selektive Auslassung anderer, traumamitbedingender Aspekte Verantwortlichkeitsgefühl für Ereignisse, die nicht / nur z. T. unter eigener Kontrolle lagen
Doppelstandards	strengere Maßstäbe für sich als für andere
Übertriebene Bewertung des eigenen Verhaltens	„war nicht gerechtfertigt und falsch“ (selektive Auslassung von Gründen, die dazu führten) Keine Trennung zwischen der eigenen Person und einem einmaligen Verhalten zu einem bestimmten Zeitpunkt
Emotionale Schlussfolgerungen	„fühle mich schuldig also bin ich schuldig“

Ziele der Modifikation von Schuldgefühlen

- **Vernachlässigte Traumaaspekte rekonstruieren**
- **Verstehen** und **Akzeptieren** der Motive des Handelns, Fühlens und Denkens in **der damaligen Situation**
- **Relativierung eigener Einflussmöglichkeiten**
- **Abgabe der Verantwortung an den Täter** und/oder an begünstigende Situationsbedingungen
- **Bei tatsächlicher (Teil-)Schuld: Übernahme der Verantwortung und Reue**

Vorgehen bei der Modifikation von Schuldgefühlen

- **Psychoedukation** über Schuldgefühle (Kubany et al., 1996, 2000)
- **Identifikation der Momente im Traumagedächtnis, die schuldhaft verarbeitet werden**
- **Elaboration des Schuldgedankens:** Rekonstruktion der damaligen Situation
- **Modifikation des Denkfehlers der Retrospektiven**
- **Modifikation der Schuldgedanken**
- **Bewertung der neuen Sichtweise**
- **Integration der neuen Sicht** in das Traumagedächtnis

Methoden zur Modifikation von Schuldgefühlen

Sokratischer Dialog

„Hätten Sie vorhersehen können, was passierte?“

„Wie viel Zeit hatten Sie, um genau zu überlegen?“

„Was hätte jemand anders gemacht?“

„Hätte der Täter etwas anders gemacht, wenn Sie ... nicht gemacht hätten?“

Imaginative Techniken

Zum Erinnern bisher vernachlässigter Aspekte und Integration dieser

Besuch des Traumaortes

Einschätzung, wie realistisch anderes/besseres Verhalten gewesen wäre

Tortendiagramme

- Auslassen von Fakten diskutieren (Tortendiagramm)
- Perspektivenwechsel vornehmen

Fallbeispiel: Modifikation von Schuldgefühlen

Frau C. wurde während ihrer Lagerinternierung in Bosnien Zeugin einer Massenerschiessung bosnischer Männer durch serbische Soldaten. Sie selbst stand von den Soldaten ungesehen hinter einem Betonpfeiler mitten im Raum der Erschiessung. Sie machte sich noch zehn Jahre nach dem Trauma starke Vorwürfe, den nach Hilfe rufenden Verletzten nicht geholfen zu haben.

Fortsetzung Fallbeispiel

Th: Frau C., ich würde Sie bitten, jetzt noch einmal ganz genau zu schildern, was genau passierte, als Sie hinter der Säule standen.

Pat: Ich wollte für meine kleine Tochter Wasser holen. In der Eingangshalle der Schule kamen mir plötzlich die Männer entgegen, die von den Soldaten durch den Eingang nach innen gedrängt wurden. Ich habe mich hinter der Säule versteckt. Plötzlich fing ich die Soldaten an zu schiessen (...). Ich stand wie gelähmt hinter der Säule, konnte mich nicht mehr bewegen. Um mich rum nur Blut auf dem Boden und an den Wänden. Und Tote und Hilfeschreie.

Th: (Identifikation des Schuldgedankens): Was genau werfen Sie sich vor?

Pat: Dass ich denen nicht geholfen habe. Auch als die Soldaten weg waren, bin ich einfach weggerannt zu meinen Kindern.

Th: Sie werfen sich also vor, Sie hätten helfen sollen. Lassen Sie uns das Bild einmal kurz anhalten: Sie stehen hinter der Säule, die Soldaten sind bewaffnet, um Sie herum lauter Verletzte und Tote ... Was genau hätten Sie tun können?

Pat: Denen helfen.

Th: Wie genau hätte das ausgesehen?

Pat: Ich weiss nicht. Ich glaube ich hätte denen gar nicht helfen können. Das waren so viele, die waren schwer verletzt, ich bin kein Arzt, hatte kein Verbandszeug ...

Th: Selbst, wenn Sie hätten helfen können: Was denken Sie, wäre passiert, wenn Sie hinter der Säule hervorgekommen wären?

Pat: Die Soldaten hätten mich erschossen.

Th: Was bedeutet das?

Pat: Ich war völlig hilflos und selbst ein Opfer in diesem Moment.

Th: Sie sagten hilflos und selbst ein Opfer. Was ist mit der Schuld?

Pat: Ich glaube, ich bin nicht schuldig. Ich konnte gar nichts tun. Das hab ich so noch nie gesehen...

Th: Und wie fühlt sich das an?

Pat: Einerseits leichter, gut. Aber ich werde auch gerade sehr traurig und fühle mich einsam.

Film Frau S.



Symptomveränderung durch Expo: Min: 10.27 – 13.26

IRRT: Min. 13.26 - 35.00, danach kogn. Umstrukturierung



Fr. S_IRRT_250614.MTS - Verknüpfung.Ink

Definition Schamgefühle

- **Gefühlsreaktionen zum Erleben**
 - des Blossgestelltseins
 - des Schuldigseins
 - des Versagthabens
 - des Prestigeverlustes u.ä.
- **Bruch einer bedeutsamen Norm / eines Standards** von sich / anderen
- **Peinliches Gefühl, oft vegetative Sensationen** (Erröten, Herzklopfen).
- **Negativbewertung des gesamten Selbst**
 - bestätigt (schmerzhaft) Annahme, von Grund auf schlecht, minderwertig und/oder machtlos zu sein (Schemaaktivierung).
 - Verlust bejahender Beziehung zu sich selbst, zu Mitmenschen, zur Welt.

Modifikation von Schamgedanken

- **Identifikation der genauen Interpretationen**, die zu Schamgefühlen führen
- **Elaboration des Schamgedankens**: Rekonstruktion der damaligen Situation.
- **Modifikation des Schamgedanken**
- **Modifikation des aktiven Vermeidungsverhaltens** (Verhaltensexperiment)
- **Bewertung** der neuen Sichtweise
- **Integration** der neuen Sicht in das Traumagedächtnis

Hilfreiche Fragen zur Modifikation von Scham

- *„Was wissen Sie heute: wer der beteiligten Personen hat welche Normen gebrochen?“*
- *„Gibt es neben Ihnen noch jemanden, der sich möglicherweise schämen könnte / sollte?“*
- *„Was spricht dafür, sich wegen etwas zu schämen, was Sie nicht freiwillig getan haben, was spricht dagegen?“*
- *„Was spricht dafür und was dagegen, dass Sie ein schlechter Mensch sind aufgrund der Tatsache, dass dieses Trauma passiert ist?“*
- *„Was befürchten Sie, wird passieren, wenn andere davon erfahren?“ (anschließend ggf. Testen der Hypothese im Verhaltensexperiment*

Definition von Ekel

Stark unlustbetontes Gefühl des Widerwillens. Ekelerregend wirken weniger stark die Wahrnehmungen (z.B. Geruch), die der Gegenstand, die Situation, der Mensch u.a. vermitteln, als vielmehr diese selbst oder die Vorstellung von diesen. Körperliche Begleiterscheinungen sind vor allem zusammenziehen der Gaumen- und Rachenmuskulatur mit Speichelabsonderung.

Ekel bei Traumaopfern bei intrusiver/tatsächlicher Konfrontation mit:

- **Aspekten des Traumas** (z.B. Ekel vor der Person des Täters),
- **bestimmten, ursprünglich mit dem Täter assoziierten körperlichen Merkmalen** (z.B. Geruch, Nikotin- & Alkoholausdünstung)
- **Körperflüssigkeiten** (Sperma & Schweiß),
- **Aspekten ihrer eigenen Person** (Geschlechtsorgane, andere „beschmutzte“ Körperteile),
- **Reizgeneralisierung möglich** (z.B. Ekel vor Sperma des Partners)
- oft **oftmals Brechreiz** und **aversive affektiven Zuständen** und einem charakteristischen **Gesichts- und Verbal Ausdruck** („IH!!!“)
- **Keine Habituation!**

Modifikation von Ekel

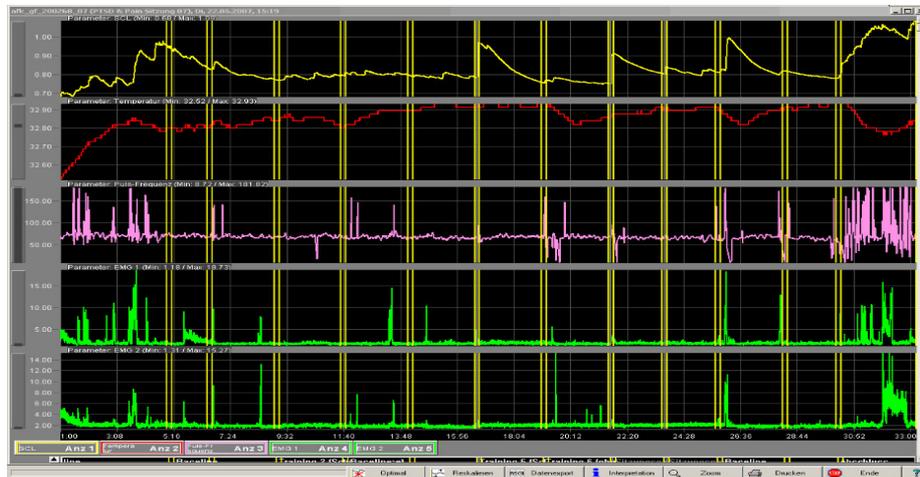
1. **Identifikation** der relevanten Lernerfahrungen im Traumgedächtnis
2. **Entkräftung** relevanter dysfunktionaler Bewertungen/Annahmen und Überzeugungen in der Paarbeziehung und
3. **Modifikation** des vorhandenen behavioralen und kognitiven Vermeidungsverhaltens
4. Behandlung der bestehenden sexuellen Störung mit den etablierten Methoden der Sexualtherapie (Gromus, 2002) → **NACH AUSREICHENDER PTB-REDUKTION!**

Dissoziation

Dissoziation

- ein mehr oder weniger deutlicher Verlust der psychischen Integration des Erlebens und Handelns
- Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens oder der Wahrnehmung der Umwelt
- Es findet dabei ein psychophysiologischer Prozess statt
- **Dissoziationen haben verschiedene Formen**
 - vorübergehend oder chronisch
 - leichte – schwere Ausprägung
 - Depersonalisations-, Derealisationserleben
 - keine Schmerzempfindungen
 - Krampfanfälle
 - Veränderung aller Sinneswahrnehmungen
 - Treten selten als Einzelstörungen auf, meist eingebettet in dysfunktionale posttraumatische Verarbeitung

Psychophysiologische Veränderungen bei Dissoziationen



Funktion dissoziativer Phänomene

Peritraumatisch / direkt nach Trauma

- **protektiv**
 - Selbstschutz des Körpers
 - Flucht
 - Unempfindlich für Kampf / Traumageschehen

Posttraumatisch

- **kurzfristig scheinbar protektiv**
- **langfristig:**
 - Symptome aufrechterhaltend, da keine korrektiven Erfahrungen
 - sich verselbständigend, die Phänomene weiten sich aus
 - können zu suizidalen Handlungen führen

Merkmale von Dissoziation

Häufig zeigen sich dissoziative Phänomene/Störungen erst im Prozess der Therapie

Wichtig = detaillierte Befragung hinsichtlich folgender Bereiche:

Amnesien, Erfahrungen der Derealisation und Depersonalisation, autohypnotischer Erfahrungen

→ sensibler Umgang mit ausgeprägten Schamgefühlen & Ängsten verrückt zu werden

Anzeichen für Dissoziation im therapeutischen Kontakt

- Kein fokussierender Blick, Blick geht ins Leere
- Patienten/innen wirken unerreichbar, scheinen „andere Menschen“ zu sein
- Plötzlicher Stopp im Erzählfluss
- Nicht mehr richtig ansprechbar
- Schwankende Körperhaltung

Umgang mit akuter Dissoziation in der Therapie

Primär wichtig

- ruhig bleiben
- Patienten/innen aus der Dissoziation holen
 - „Was passiert gerade? Können sie das beschreiben“
 - „Haben Sie gehört, was ich gerade gesagt habe?“ Können Sie das wiederholen?
 - „Achten sie das ihre Füße ganz stabil auf dem Boden stehen“
 - „Können Sie mir sagen welcher Tag heute ist/wo Sie sich gerade befinden?“ (wenn Patientin nicht antwortet, dann beantworten)
 - „Können Sie mich anschauen?“
 - „Schauen sie nach oben“
 - „Ist es in Ordnung, wenn ich Ihre Hand nehme“ (bei klarer Dissoziationsneigung schon im Vorfeld besprechen/ ausprobieren, was akzeptabel bzw. hilfreich ist)
 - Laut neben dem Ohr den Vornamen rufen, klatschen

Weitere hilfreiche Strategien bei Dissoziation in der Therapie

- Starke Sinnesreize einsetzen
- Beine abklopfen, Treppen laufen lassen
- Die Patienten/innen sollen aufstehen, hüpfen
- Reaktionen der Patienten/innen aktivieren

Sehr ungünstig ...

- **Benzodiazepingabe**
- **Patienten nicht berühren, bevor dies nicht mit ihm/ihr abgesprochen bzw. notfalls angekündigt wurde**

Nachbearbeitung von Dissoziationen

Nachbesprechen ist wichtig

- Kennen Sie das?
- Wann passiert das?
- Woran merken Sie dass es gleich kommt?
- Was hilft? Wissen Sie, warum es kam?
- Ist ihnen das bzw. etwas ähnliches während des Traumas auch schon passiert?
- Was kann ich/was können Sie hilfreiches machen?
- Integration dieser Infos für zukünftige Situationen

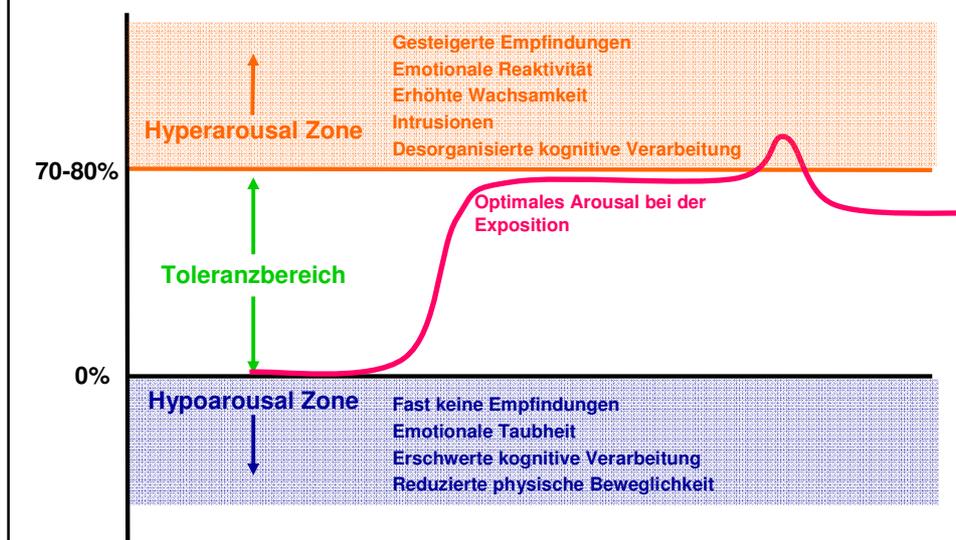
Achtsamkeitsübungen, stabiles Umfeld? → dann Expo

Expo lieber früher als später, da häufig zu traumatisiert um nicht zu dissoziieren

Psychoedukation

- durch Erinnerung an das Trauma „Sog“ in die Vergangenheit
- Lichtschalterprinzip: wenn Belastung zu stark → Licht aus. Durch das Trauma: Hypersensibilisierung: Licht wird zu schnell ausgeknipst.
- Reframing (antipathologisieren): weder Zeichen für Verrücktheit noch körperliche Schädigung durch Dissoziation. Jedoch eine beängstigende & unangenehme Erfahrung.

Zusammenhang Dissoziation und Exposition: ideale Balance



Antidissoziationskit

= alle Materialien, die Sinne intensiv beanspruchen, der Patient soll ausprobieren, was für ihn am besten ist.

Geschmack: Ingwer, Vitamin-Brausetablette, Süsstofftablette, Zitrone, Chili-Schote, Kaugummi, Wasabi, Tabasco, Treibsalz, (Ammoniak), ...

Geruch: Duftöle, Tigerbalsam, ...

Geräusche: Laute Musik, Klatschen

Fühlen: Igelball, Eis-Pack, Steinchen im Schuh, Schmerzpunkte, Ammoniak, Wassereimer

Bewegung: Balancierball/Kippbrett, Jonglieren, Stepper, Treppen laufen, Hüpfen, Trampeln

Weitere Techniken: DBT-Skills, Emotionsregulation, Achtsamkeit (Konzentration auf das, was in dem Moment wahrgenommen wird, welche Menschen befinden sich grade im Umfeld, welche Farben sind zu sehen, welche Gerüche werden wahrgenommen. Alternativ: Konzentrationsübungen: jeweils 17 sukzessive von 2357 subtrahieren.)

Primäres Ziel: Häufigkeit und Dauer reduzieren (Tagebuch)

Therapieschritte bei dissoziativen Phänomenen

- **Dissoziative Phänomene erkennen und benennen (Verhaltensanalysen)**
- **Mit den Patienten/innen die Auslöser eruieren**
- **Als notwendiges Verhalten in der Vergangenheit würdigen**
- **Anbieten von Verhaltensalternativen**
- **Einen Umgang mit den schmerzlichen Gefühlen erarbeiten / Traumaexposition**

Therapieende

Beenden der Therapie

- **Rückblick auf alle Techniken.**
 - Hilfreiche / weniger hilfreiche Techniken identifizieren
- **Detaillierter Rückblick auf die Fortschritte** des Patienten
 - prä/post Erhebung
- **Pläne für Zeit nach der Behandlung**
- **Mögliche bevorstehende Belastungen / Schwierigkeiten**
 - Information (z.B. Jahrestage)
 - Bewältigungsstrategien
- **Follow-up Termine**
 - Über 1 Jahr, unregelmässig, alle 3-6 Monate, kurz/Telefon
- **Abschiednehmen**
 - Bedenken: Pat. hat nur einen Therapeuten,
 - Etwas Positives sagen.

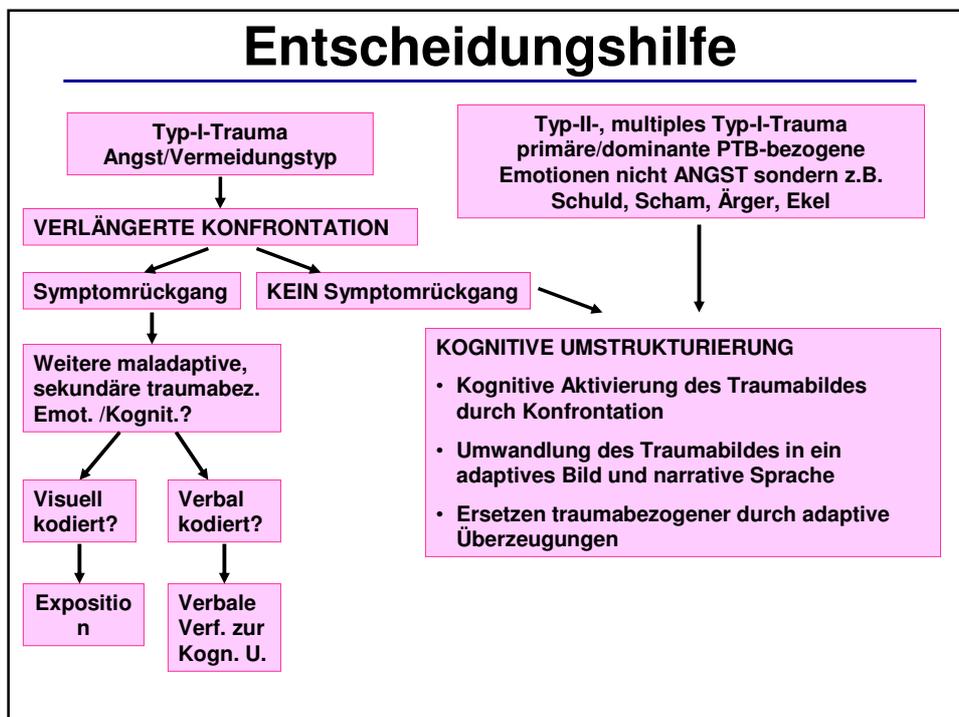
Häufige Probleme

- Nicht-Erscheinen
- Keine/unregelmässige Hausaufgaben
- Kontinuierliche Non-Compliance: „*Nicht der richtige Zeitpunkt*“
- Tatsächliche gegenwärtige Gefahr
- Zu geringe Angst und Lebhaftigkeit während der Konfrontation
- Fehlende soziale Unterstützung
- Dissoziation
- Pat. gibt dysfunktionales Verhalten nicht auf
- Pat. erlebt ein weiteres Trauma
- Probleme mit Familie, Beruf, Polizei wegen Wutausbrüchen
- Unklarheit über Trauma
- Komorbidität: Substanzmissbrauch, Depression

Problem

- Bisher existiert **kein Standardverfahren**
- Keine Vorhersage, **welche Interventionen für welche Traumatypen** und PTB-Patienten am Besten sind
- Keine Anweisungen zum **Umgang mit Problemen und Fehlern** in der Therapie

Entscheidungshilfe



Weiterführende Literatur

- Boos, A. (2014). *Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Ehlers, A. (2000). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Herman, J.L. (2014): *Die Narben der Gewalt*. 3. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Maier, T. & Schnyder, U. (Hrsg.), 2007. *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch*. Bern: Huber.
- Maercker, A., (2013). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4 Auflage. Berlin: Springer.
- Priebe, K. & Dyer, A. (2014). *Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Schauer, M., Neuner, F. & Elbert, T. (2011). *Narrative Exposure Therapy (NET). A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders*. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe.
- Schmucker, M. & Köster, R. (2014). *Praxishandbuch IRRT: Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy bei Traumafolgestörungen, Angst, Depression und Trauer*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Herzlichen Dank fürs Zuhören



1930



1993



2004

julia.mueller@stgag.ch